T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SPONTAN VEYA YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ İLE GEBE KALAN KADINLARIN SPİRİTÜEL İYİLİK HALİNİN PRENATAL STRES VE BAĞLANMA DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

BÜŞRA ÇAP
ORCID: 0000-0003-4611-0283

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
OCAK 2023

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc.2019970213

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SPONTAN VEYA YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ İLE GEBE KALAN KADINLARIN SPİRİTÜEL İYİLİK HALİNİN PRENATAL STRES VE BAĞLANMA DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

BÜŞRA ÇAP
ORCID: 0000-0003-4611-0283

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ
ORCID: 0000-0001-9569-8875

İZMİR
OCAK 2023

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince desteklerini ve değerli görüşlerini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübesi ile tez çalışmama ışık tutan, yorumları ile zenginleştiren değerli danışmanım

Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ'e,

Tezimin değerlendirilmesinde değerli bilimsel katkıları ve önerileri için

Doç. Dr. Merlinda ALUŞ TOKAT'a ve **Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÇİÇEK**'e,

Veri toplama sürecinde çalışma ortamlarını benimle paylaşan, yardımlarını esirgemeyen ve gerekli tüm kolaylıkları sağlayan Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki başta **Hemşire Ayşe MEMİŞ** olmak üzere **tüm hemşirelere**,

Değerli vakitlerini ayırarak çalışmama dahil olan **tüm kadınlara**,

Hayatımın her anında yanımda olan, yoğun çalışmalarım sırasında gösterdikleri sabır, verdikleri motivasyon ve maddi manevi destekleri için annem **Mukaddes ÇAP**'a, babam **Nazim ÇAP**'a, kardeşlerim **Ayşe ÇAP**'a ve Ömer **ÇAP**'a,

Hayatımın her anında her kararımda benimle olan, birbirimizden güç aldığımız, dostluğunu ve sevgisini her zaman hissettiğim değerli arkadaşım

E. Simay IŞIK'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

BÜŞRA ÇAP

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR DİZİNİ ..... **i**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **iii**

KISALTMALAR DİZİNİ ..... **iv**

ÖZET ..... **vi**

ABSTRACT ..... **vii**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırmanın Amacı 5

1.3. Araştırmanın Soruları 5

2. GENEL BİLGİLER **6**

2.1. Fertilite 6

2.2. Fertilite Sorunlarına Neden Olan Faktörler 7

2.2.1. Kadında Fertilite Sorunlarına Neden Olan Faktörler 7

2.2.1.a. Ovulatuar Faktör *7*

2.2.1.b.Tuba-peritoneal Faktör *8*

2.2.1.c. Uterin Faktör *8*

2.2.1.d. Servikal Faktör *8*

2.2.2. Erkekte Fertiliteye Neden Olan Faktörler 9

2.2.2.a. Sperm Üretim Bozuklukları *9*

2.2.b. Duktal Sistem Bozukluklar *9*

2.2.c. Sperm Fonksiyon Bozuklukları *9*

2.2.3. Fertilite Sorunları ve Yaşam Tarzı Faktörleri 9

2.2.3.a. Uyku Alışkanlığı *10*

2.2.3.b. Egzersiz Alışlanları *10*

2.2.3.c. Beslenme Alışkanlıkları *10*

2.2.3.d. Sigara ve Alkol Tüketimi *11*

2.2.3.e. Stres *11*

2.2.3.f. Çevresel Maruziyet *12*

2. 3. Fertilite Sorunlarını Tanılama Yöntemleri 12

2.3.1. Kadın Fertilitesi Sorunlarında Tanılama Yöntemleri 12

2.3.1.1. Over Rezervinin Değerlendirilmesi 12

2.3.1.2. Ovulasyon Testleri 13

2.3.1.3. Endometrial Biyopsi 13

2.3.1.4. Ultrasonografi 14

2.3.1.5. Histerosalfingografi 14

2.3.1.6. Histereskopi 14

2.3.1.7. Laparoskopi 14

2.3.2. Erkek Fertilitesi Sorunlarında Tanılama Yöntemleri 14

2.3.2.1. Semen Analizi (Spermiyogram) 14

2.3.2.2. Antisperm Antikor Testi 15

2.3.2.3. Sperm Fonksiyon Testleri 15

2.3.2.4. Ultrasonografi 15
2.3.2.5. Testiküler Biyopsi.....16
2.3.2.6. Genetik Değerlendirme.....16
2.4. Fertilite Sorunlarında Tedavi Yöntemleri.....16
2.4.1. Tıbbi Tedavi 16
2.4.2. Cerrahi Tedavi.....16
2.4.3. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT) 17
2.4.3.1. İntrauterin İnseminasyon (IUI) 17
2.4.3.2. İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET).....17
2.4.3.3. İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI).....18
2.4.3.4. Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT).....18
2.4.3.5. Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT) 18
2.5. Fertilite Tedavisi Sonrası Gebelik 18
2.6. Fertilite Tedavisi Sonrası Gebelikte Hemşirenin Rolü.....19
2.7. Bağlanma 20
2.7.1. Prenatal Bağlanma.....21
2.7.2. Prenatal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler.....22
2.8. Stres 23
2.8.1. Prenatal Stres.....24
2.8.2. Prenatal Stresi Etkileyen Faktörler 25
2.8.3. Prenatal Stres ve Bağlanmada Hemşirenin Rolü.....26
2.9.Spiritüalite 27
2.9.1. Spiritüalite ve Spiritüel İyilik Hali 27
2.9.2. Prenatal Dönem ve Spiritüalite.....28
2.9.3. Prenatal Dönemde Spiritüalite ve Hemşirenin Rolü 31

3. GEREÇ VE YÖNTEM 33

3.1. Araştırmanın Tipi.....33

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı 33

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....33

3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....34

3.5. Veri Toplama Araçları.....34

3.6. Veri Toplama Yöntemi 38

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 39

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....39

3.9. Etik Kurul Onayı 39

4. BULGULAR 40

4.1. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine, Obstetrik Özelliklerine ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların YÜT Tedavilerine İlişkin Bulgular 41

4.2. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....45

4.3. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarına ve Kesme Puanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular..... 46

4.4. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Prenatal Bağlanma Envanterine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular..... 48

4.5. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri Arasındaki İlişki Bulguları 49

4.6. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 51
4.7. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 65
4.8. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kesme Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular. 77
4.9. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Prenatal Bağlanma Envanterine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular ...83
5. TARTIŞMA.....88
5.1. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların YÜT Tedavisine İlişkin Özelliklerin Tartışılması 89
5.2. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 90
5.3. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarına ve Kesme Puanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....92
5.4. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Prenatal Bağlanma Envanterine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....95
5.5. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri Arasındaki İlişki Bulgularının Tartışılması 98
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 101
6.1. Sonuçlar 101

6.2. Öneriler 102

6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler 102

6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler 103

7. KAYNAKLAR 105

EKLER 123

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 123

EK.2. YÜT İLE GEBE KALAN KADINLAR İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU 125

EK.3. SPONTAN GEBE KALAN KADINLAR İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU 127

EK.4. SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ 128

EK.5. TİLBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ 130

EK. 6. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ 131

EK.7. SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ 133

EK.8. TİLBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ 134

EK. 9. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ KULLANIM İZNİ 135

EK.10. ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI HASTANE İZNİ 136

EK.11. ETİK KURUL İZNİ 137

EK.12. ÖZGEÇMİŞ 139

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Planı.....33

Tablo 2. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı Bilgilerine Göre Karşılaştırılması.....42

Tablo 3. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....44

Tablo 4. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların YÜT Tedavilerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....45

Tablo 5. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması.....46

Tablo 6. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması.....47

Tablo 7. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kesme Noktarına Göre Karşılaştırılması.....48

Tablo 8. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Prenatal Bağlanma Envanterine Göre Karşılaştırılması.....49

Tablo 9. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri Arasındaki İlişki.....50

Tablo 10. Spontan Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri Arasındaki İlişki.....51

Tablo 11. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Karşılaştırılması.....55

Tablo 12. Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Karşılaştırılması.....61

Tablo 13. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine

Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Karşılaştırılması 67

Tablo 14. Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine

Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Karşılaştırılması 73

Tablo 15. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine

Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kesme Puanlarının Karşılaştırılması.....77

Tablo 16. Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine

Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kesme Puanlarının Karşılaştırılması.....80

Tablo 17. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine

Göre Prenatal Bağlanma Envanterinin Karşılaştırılması.....84

Tablo 18. Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstretrik Özelliklerine

Göre Prenatal Bağlanma Envanterinin Karşılaştırılması.....86

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın Akış Şeması 38

KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	American College of Obstetricians and Gynaecologists
ACTH	Adrenokortikotropin Hormonu
AFC	Antral Folikül Sayımı
AMH	Anti Müllerian hormon
AMMC	Amerikan Tıp Kolejleri Birliği
ANHA	Amerikan Holistik Hemşireler Birliği
CC	Klomifen Sitrat
CCCT	Klomifen Sitrat Challenge Testi
CRH	Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
FSH	Folikül Stimüle Edici Hormon
GIFT	Gamet İntrafallopian Transfer
GnRH	Gonadotropin Salıcı Horman
HCG	Human Koryo Gonadotropik Hormun
ICN	Uluslararası Hemşirelik Konseyi
ICSI	İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI	İntrauterin İnseminasyon
IU/l	Unite/Litre
IVF	İn Vitro Fertilizasyon
IVF-ET	İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi
JCAHO	Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu
LH	Luteinizan Hormon
Mıu/Ml	Milliinternational Unite/Mililitre
NANDA	Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği

PBE	Prenatal Bağlanma Envanteri
PKOS	Polikistik Over Sendromu
POY	Primer/Prematür Ovaryen Yetmezlik
SBÜ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SİOÖ	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği
TGDÖ	Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TSRM	Üreme Sağlığı ve İnfertilite Derneği
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri
ZIFT	Zigotların İntrafallopian Transferi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

SPONTAN VEYA YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ İLE GEBE KALAN KADINLARIN SPİRİTÜEL İYİLİK HALİNİN PRENATAL STRES VE BAĞLANMA DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ
Yüksek Lisans Tezi

Büşra ÇAP

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışma, spontan veya yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik halinin, prenatal stres ve bağlanma düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Karşılaştırmalı tanımlayıcı tipte yapılan araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne Kasım 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında başvuran, araştırmaya katılmaya gönüllü 87 YÜT ile gebe kalan kadın ve 115 spontan gebe kalan kadın olmak üzere 202 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri "Kişisel Bilgi Formu", "Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ)", "Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)" ve "Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)" ile toplanmıştır. Araştırma verileri yüzdelik hesaplamalar, ortalamalar, Ki kare analizi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Bonferroni testi ile değerlendirilmiştir.

YÜT ile gebe kalan kadınların yaş ortalaması 28.91±6.06, spontan gebe kalan kadınların yaş ortalaması 28.08±5.75 'dir. SİOÖ toplam puan ortalaması; YÜT grubu için 124.52±12.00, spontan grup için 123.92±9.02 olarak saptanmış olup gruplar arasında spiritüel iyi hali açısından istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızda TGDÖ kesme puanına göre YÜT grubundaki gebelerin %12.6'sında (28 puan üstü), spontan gebelerin %9.6'sında (28 puan üstü) prenatal distres belirlenmiştir**.** Spontan gebelerin PBE toplam puan ortalamasının (69.72±7.98), YÜT grubundaki gebelerin PBE toplam puan ortalamasından (66.24±8.88) anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). YÜT grubunda SİOÖ toplam puan ile TGDÖ toplam puan arasında ($r=-0.256$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ilişki saptanmıştır. Ayrıca her iki gruptaki (YÜT grubu için $r=-0.374$, $p<0.05$; spontan grup için $r=-0.274$, $p<0.05$) TGDÖ eş katılımı alt boyutu ile PBE arasında anlamlı negatif yönde ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Her iki grubun spiritüel iyilik hali yüksek düzeydedir. YÜT grubundaki gebeler diğer gruba göre daha yüksek prenatal distres yaşamakta ve düşük düzey bağlanmaya sahiptir. YÜT grubundaki gebelerin spiritüel iyilik hali arttıkça prenatal distres düzeyi azalmaktadır. Ayrıca her iki gruptaki gebelerde prenatal sürece olan yetersiz eş katılımı arttıkça prenatal bağlanma azalmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Prenatal Bağlanma, Prenatal Stres, Spiritüalite, Yardımcı Üreme Teknikleri.

Tezin Sayfa Adedi: 159

Danışman: Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE SPIRITUAL WELL-BEING OF WOMEN WHO GET PREGNANT WITH SPONTANEOUS OR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNIQUES, AND THE LEVEL OF PRENATAL STRESS AND ATTACHMENT

Master Thesis

Büşra ÇAP

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HEALTH SECIENCE INSTITUTE

Department of Nursing

ABSTRACT

This study was planned to examine the relationship between the spiritual well-being with the level of prenatal stress and attachment level of women who became pregnant with spontaneous or assisted reproductive techniques (ART).

A comparative descriptive research conducted at Izmir Tepecik Training and Research Hospital of the University of Health Sciences between November 2021 and June 2022 was conducted with the participation of 202 women voluntarily. 87 of the participants were women who became pregnant with spontaneously, 115 women with assisted reproductive techniques (ART). The data of the research were collected with the “Personal Information Form", "Spiritual Well-being Scale (SWBS)", "Tilburg Pregnancy Distress Scale (TPDS) and “Prenatal Attachment Inventory (PAI)". The research data were evaluated by percentile calculations, averages, Chi square analysis, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test and Bonferroni test.

The average age of women who become pregnant with ART is 28.91±6.06, and the average age of women who conceived spontaneously is 28.08±5.75. Spiritual Well-being Scale (SWBS) of the pregnant groups was determined as 124.52±12.00 for the ART group and 123.92±9.02 for the spontaneous group, and there was no statistical significance in terms of spiritual well-being between the groups ($p>0.05$). In our study, no significant differences were found in terms of Tilburg Pregnancy Distress Scale (TPDS) score averages of pregnant women. However, prenatal distress was detected in 12.6% of pregnant women in the assisted reproductive techniques (ART) group (above 28 points) and in 9.6% of spontaneous pregnant women (above 28 points) according to the Tilburg Pregnancy Tightness Scale cut-off score. It was detected that the average Prenatal Attachment Inventory (PAI) total score (69.72±7.98) of women who became pregnant spontaneously was significantly higher than the average PAI total score (66.24±8.88) of women who became pregnant with ART($p<0.05$). A statistically significant and negative relationship was found between the total SWBS and TPDS ($r=-0.256$, $p<0.05$) in the ART group. Also in both group($r=-0.374$, $p<0.05$ for the ART group, $r=-0.274$, $p<0.05$ for the spontaneous group), a significant negative relationship was found between the Tilburg Pregnancy Distress Scale partner participation sub-dimension and Prenatal Attachment Inventory (PAI) ($p<0.05$).

The spiritual well-being of both groups is at a high level. Pregnant women in the ART group experience higher prenatal distress than in the other group and have a low level of attachment. As the spiritual well-being of pregnant women in the ART group

increases, the level of prenatal distress decreases. Also, prenatal attachment decreases as insufficient partner participation in the prenatal process increases in pregnant women in both groups.

Keywords: Nursing, Prenatal Attachment, Prenatal Stress, Spirituality, Assisted Reproductive Techniques.

The number of pages in the thesis: 159

Advisor: Doç. Dr. Dilek Bilgiç

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Fertilite, bireyin klinik gebelik oluşturma kapasitesi şeklinde ifade edilmektedir (1). İnfetilite, kontraseptif bir yöntem kullanmaksızın düzenli cinsel ilişkiye rağmen bir yıl süre ile gebe kalınamaması şeklinde tanımlanmaktadır. İnfertilitenin görülme sıklığı toplumdan topluma değişse de dünya genelinde %15 olduğu tahmin edilmektedir (1, 2). Türkiye'de ise bu oran %10 ila %20 arasında değişmektedir (3). Üreme ve neslin devamlılığını sağlama, tüm canlıların temel içgüdülerindendir (4, 5). Ancak insanın üreme içgüdüsü, biyolojik gereksinimin çok ötesinde psikolojik, sosyolojik, dini ve spiritüel boyutları olan bir gereksinimdir (6). Bireyin hayatını tehdit eden bir sağlık sorunu olmamasına rağmen bu gereksinimin karşılanmaması beklenmedik bir yaşam krizi halidir (7, 8). Çocuğa yüklenen anlam yönü ve ağırlığı zamanla faklı boyutlarda olsa da aile hayatındaki önemi her zaman yerini korumaktadır (6).

Spontan olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin çoğu bir bebeğe sahip olabilmek için Yardımcı Üreme Tekniklerine (YÜT) başvurmaktadır. YÜT hızlı bir gelişim göstermiştir ve günümüzde kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (9, 10). Ülkemizde 150.000 fertilite sorunu yaşayan çift tedavi için çaba sarf etmektedir. Çiftlerin tedavi sonucunda tek amacı, gebelik ve bir bebeğe sahip olmaktır (11). Spontan gebelikler ile YÜT ile elde edilen gebelikler biyolojik yönden aynıdır (12). İstenilen bir bebeğe sahip olmak ve ebeveynliğe geçiş genellikle mutlu bir olay olarak değerlendirilir. Ancak YÜT ile gebe kalan kadınlarda, gebelik elde edilene kadar tedavi sürecinin yarattığı; tıbbi ve psikososyal problemler, oluşan ani stresörler, toplumun kendilerine bakış açısındaki değişiklikler, cinsellik ve evlilik yaşantısında oluşan başarısızlık ve yetersizlik duyguları ve ekonomik yük gibi sorunlar gebelik oluşsa bile hemen ortadan kalkmayabilir (8, 13-15). Aynı zamanda bu gebelikler doğal yolla elde edilmediği için çoğunlukla sağlık profesyonelleri tarafından yüksek riskli /kıymetli gebelik kapsamında ele alınmaktadır (12). Ebeveynliğe geçiş hayatı anlamlandırmada, psikolojik açıdan kimliğin değerlendirildiği ve duyguların yeniden oluştuğu stresli bir dönemdir (15-17) .

Baor ve Soskolne (2010), in vitro fertilizasyon (IVF) tedavisi sonucu ikiz gebelikler (n:88) ile spontan ikiz gebeliklerin (n:98) prenatal dönemde stres düzeylerini incelemiş ve IVF grubundaki annelerin gebelik boyunca maternal stres düzeylerinin spontan gebelere göre önemli ölçüde yüksek olduğunu saptamıştır (18). Darwiche ve ark. (2014) çalışmalarında IVF veya intra sitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) tedavisi ile gebe kalan kadınların spontan gebelere kıyasla prenatal dönemde non-invaziv tarama testleri öncesinde stres seviyelerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (19). Çoğu literatür ve araştırma bulguları fertilite tedavisi sonrası oluşan gebeliklerde anksiyete ve stresin spontan gebeliklere göre daha yüksek olduğunu belirtse de Gourounti (2016) tarafından yapılan bir sistematik derlemede YÜT sonrası oluşan gebeliklerde anksiyete ve stres seviyelerine ilişkin kanıtların belirsiz olduğuna yer verilmiştir (18-22).

Smorti ve Smorti (2012), İtalya'da YÜT sonrası ilk kez bebek sahibi olan 15 çiftin ebeveynliğe geçişini incelemiş ve ebeveynliğe geçişi 4 dört aşamalı olarak tanımlamıştır; ilk aşamayı, çocuğa duyulan özlemle birlikte, kuşku ve endişelerin ortaya çıktığı süphe aşaması, ikinci aşamayı çiftlerin gebeliği elde etmek için eyleme geçerek sağlık profesyonellerinden yardım aldığı karar aşaması, üçüncü aşamayı gebeliğin meydana geldiği zafer aşaması ve son aşamayı ise gebelikten ebeveynliğe geçiş olan izlem aşaması olarak belirtmiştir. Son aşamada; çiftin, zaferin kesintiye uğraması gibi büyük korkular yaşadığını ve bedensel değişikliklerin neden olduğu tepkilere spontan gebeliklere göre daha yoğun anlamlar yüklendiğini saptamıştır (23).

YÜT ile gebe kalan kadınlarda gebeliği kaybetme korkusu, kadının erken gebelik döneminde bebek ile bağ kurmayı bilinçli olarak geciktirmesine neden olabilir (23-25). Bağlanma, anne ve bebek arasında gebelikle başlayıp doğum sonrasında da devam eden duygusal yönü ağır basan bir süreçtir (26). Anne olacağını öğrenen kadın, psikolojik ve duygusal anlamda bebeğe yerme verme sürecine girmektedir. Prenatal dönemde gebelerin fetüsü kendinden farklı bir birey olarak görmesi, hayallerindeki bebeği düşlemesi, elini karnına koyarak onu okşaması, sevmesi ve konuşması ile fetüsle özel bir bağ kurar (27, 28). YÜT ile gebe kalan kadınların kendilerini doğal gebe olarak görememe ve gebeliği kabullenememe gibi zorluklar çektiği belirtilmektedir. Gebeliğin varlığına kuşkucu yaklaşan kadın bebeğin kalp atımı ve hareketleri belirginleştikçe gebeliğe inanmaya başlayabilir (25). Gebenin kendini annelik rolüne hazır hissetmesi,

gebelik belirtileri ve semptomları algılama biçimi, sosyal destek ve stres algısı bağlanmayı etkileyen en önemli faktörlerdendir (29-31). Darwiche ve ark. 2013 yılında yaptıkları çalışmada IVF yoluyla gebe kalan 33 kadının fertilite tedavisinden obstetrik bakıma geçişini incelemiş ve kadınların %51.5'in fertilite tedavilerinden sonra gebeliğe geçiş yapmakta zorluk çekmediği, %27.3'ünün uzmanlardan kaçındığı ve %21.2'sinin ise uzmanlara bağımlı hale geldiği saptanmıştır. Bağımlı hale gelen kadınların anneliğe uyum sağlamada daha fazla güçlük çektiği ve daha fazla depresif belirtilere sahip olduğu görülmüştür (32). Ülkemizde Kavlak ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada fertilite tedavisi ile gebe kalan 133 kadın incelenmiş ve prenatal bağlanma düzeylerinin diğer gebelere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (33).

Gourounti (2016) tarafından yapılan sistematik derlemede YÜT sonrası gebeliklerde spontan gebeliklere göre daha yüksek anne-bebek bağlanması saptanmıştır (22). Hjelmstedt ve ark. (2006) tarafından 56 IVF tedavi sonucu oluşan gebelik ile 41 spontan gebeliğin karşılaştırıldığı çalışmada ise, IVF sonrası annelerin diğer annelerle aynı oranda bağlı oldukları ve gebe kalma şeklinin prenatal bağlanma üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir (21). YÜT tedavisinden sonra kadınların gebelik deneyimine uyumunu ve prenatal bağlanmalarını incelemek amacıyla yapılan az çalışma vardır ve bulguları tutarlı değildir. Prenatal dönemdeki bağlanma, doğum sonrası bağlanmanın güçlü yordayıcısıdır (34, 35). Anne ile bebek arasındaki güvenli bağlanma erken gerçekleşmezse gelecekte çocuğun bilişsel, sosyo-duygusal gelişim, fiziksel, zihinsel ve dil gelişimini de olumsuz etkilemektedir. Ayrıca prenatal bağlanma, gebelik sırasında iyi sağlık uygulamalarını motive edici ve prenatal depresyona karşı koruyucu olmasından dolayı fertilite tedavisinde başarı elde edilmesi kadar önemlidir (30, 36, 37). Bu bağlamda, YÜT ile gebe kalan kadınların stres ve bağlanma düzeylerini erken dönemde belirlemek anneye ve bebeğe olan olumsuz etkileri azaltacaktır.

Fertilite tedavisi sürecinde kadınlar yaşamın anlamını sorgularken, ani oluşan gebelikle anne kimliğine dair karmaşık ve stresli bir süreç içerisine girebilmektedir. Kadınların dünyaya ve hayata yönelik olumlu anlamlar geliştirerek bu süreçten çıkmasında spiritüel inanç ve değerler oldukça önemlidir (38). Türkçeye manevi olarak çevrilen spiritüalite kavramı sıklıkla din olarak düşünülse de dini de kapsayan bir kavramdır (39, 40). Ebeveynliğe geçişte spritüalite; Tanrı'nın ya da spiritüel güçlerin desteğini hissetme yoluyla duygusal bir destek kaynağı olabilir, aynı zamanda yaşamı

yeniden anlamlandırmada olumlama ve inanç sisteminin öğretileriyle stresi yönetmek için çeşitli yöntemler sunabilir (41, 42). Spiritüalite ve alt boyutu olan dine yönelme, insanlar için iyilik halini arttırmada ya da azaltmada etkili olmaktadır (43). Kamya (2000) tarafından spiritüel iyi oluşun benlik saygısına ve zorluklarla etkili bir şekilde başa çıkma yeteneğine güçlü bir etkisi olduğu belirtilmiştir (44).

Chehrazi ve ark. (2021) tarafından yürütülen çalışmada gebelikte spiritüel iyilik hali ile durumluk kaygı ve maternal stres arasında negatif bir ilişkinin olduğu, spiritüel iyilik halinin sağlığı geliştirme davranışlarını pozitif yönde etkilediği saptanmıştır (39). Yılmaz ve Şahin (2020) tarafından yapılan sistematik derlemede, olumlu yeniden yapılandırmayı ve yaşadıklarından anlam çıkarmayı içeren maneviyatın fertilite sorunu yaşayan bireylerin stres ile bireysel baş etmede en fazla kullanılan yöntemlerden biri olduğu belirtilmiştir (45). Fertlite tedavisi sırasında spiritüaltiteyi inceleyen birçok çalışma varken YÜT sonucu oluşan gebelik sürecinde spiritüaliteyi inceleyen çok az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır (45-49).

French ve ark. (2015) tarafından yapılan nicel çalışmada gebeliğin meydana gelmesi ile YÜT ünitelerinden obstetrik alana geçişin bakımda boşluklar yarattığı, kadınların şikayet etmeye haklarının olmadığını düşündükleri ve minnettar gözükmemek için kendilerini ifade etmedikleri saptanmıştır (50)**.** Kadınların gebelik döneminde en yakın oldukları sağlık personeli hemşirelerdir. Ebeveynliğe geçiş döneminde hemşirelerin; gebeliğe uyumun kolaylaştırılması, anne ile bebek arasında güvenli bağlamanın oluşturulması, stres ile baş etmede kaynaklarının arttırılması gibi destekleyici rolleri vardır (15, 29). Hemşirelerin bu dönemde bireyin fizyolojik gereksinimlerinin yanı sıra psikolojik, sosyolojik ve spiritüel boyutları ile gereksinimleri ele alması oldukça önemlidir (49). Literatürde YÜT ile gebe kalan kadınların gebelik deneyimine uyumlarını, prenatal stres ve bağlanma düzeylerini değerlendiren çalışma sayısı azdır ve sonuçları birbiriyle tutarlı değildir (18-22, 33).

Bu çalışma, spontan veya YÜT ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik halinin prenatal stres ve bağlanma düzeyi ile ilişkisinin saptanmasıyla sağlık çalışanlarının konuya yönelik farkındalıklarının arttırılmasına, hemşirelik bakım kalitesinin ve etkinliğinin artmasına, gebelere verilecek yeni hizmetlerin ve gerekirse spiritüel danışmanlığın verilmesi gibi girişimlerin planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, spontan veya yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik halinin, prenatal stres ve bağlanma düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Spontan gebe kalan kadınlarla YÜT ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik hali arasında fark var mıdır?
2. Spontan gebe kalan kadınlarla YÜT ile gebe kalan kadınların prenatal stres düzeyi arasında fark var mıdır?
3. Spontan gebe kalan kadınlarla YÜT ile gebe kalan kadınların bağlanma düzeyi arasında fark var mıdır?
4. Spontan ve YÜT ile gebe kalan kadınlar arasında Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri yönünden ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Fertilite

Fertilite, bireyin klinik gebelik oluşturma kapasitesi olarak ifade edilmektedir. Fekundabilite ise bir siklusta canlı bir gebeliğin oluşmasını sağlayacak fertilizasyonun gerçekleşmesi olarak tanımlanmaktadır (1). İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin kontraseptif bir yöntem kullanmaksızın bir yıl veya daha fazla süre ile düzenli cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen kadının gebe kalamaması olarak tanımlanan üreme sistemi hastalığıdır (51, 52). Günümüzde infertilite terimi yerine fertilite ve fertilite sorunları terimleri kulanılmaktadır. İnferilite primer infertilite ve sekonder infertilite olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer infertilite, daha önce hiç gebe olmamış bireyde en az bir yıl korunmasız şekilde cinsel ilişkide bulunmuş olmasına rağmen gebeliğin oluşmamasıdır. Senkonder infertilite ise, daha önce gebeliğin olmasına rağmen son bir yıl içerisinde korunmasız cinsel ilişkide bulunulması ve tekrar gebe kalınamaması olarak tanımlanmaktadır (51). Fertilite sorunlarının tüm dünyada üreme çağındaki çiftlerin %15'ini etkilediği ve 48 milyon çift ie 186 milyon bireyin fertilite sorunu yaşadığı düşünülmektedir (53, 54). Fertilite sorunlarının görülme sıklığı, ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir.

Borght ve Wyns (2018) tarafından gelişmiş ülkelerde, üreme çağındaki her yedi kadından birinin fertilite sorunu yaşadığı ve gelişmekte olan ülkelerde ise bu oranın her dört kadında bir olduğu bildirilmiştir. Erkeklerde bu fertilite sorunu vakalarının %20-30 oranında bireysel olarak sorumlu iken, vakaların %50'sine katkıda bulunduğu tespit edilmiştir. İnfertilitenin yaygınlığı, Orta Doğu Avrupa, Güney Asya, Orta Asya ve Kuzey Afrika da daha yüksek düzeyde olduğu ve oranların %30'lara ulaştığı saptanmıştır (2). Bu yüksek oranların sebebi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülmesi, etkili veya hiç tedavi edilmemesinden kaynaklı fetilite sorunlarına yol açan hasarların olması olarak açıklanabilir (55). Türkiye'de ise fertilite sorunları sıklığı açısından çok net bilgiler bulunmamakla birlikte bu oran %10-20 arasındadır (56). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2018) verilerinde primer infertilite oranı %4, sekonder infertilite oranı ise %12 olarak bildirilmiştir (57).

2.2. Fertilite Sorunlarına Neden Olan Faktörler

Multifaktöriyel bir durum olan fertilite sorunları %10'luk oranda sebebi açıklanamazken, %40-55 kadına ait, %25-40 erkeğe ait ve %10 hem erkeğe hem de kadına ait faktörlerle meydana geldiği belirtilmektedir (58).

2.2.1. Kadında Fertilite Sorunlarına Neden Olan Faktörler

Kadına ait fertilite sorunlarının ana nedenleri arasında ovulatuvar faktör, tuba-peritoneal faktör, uterin faktör ve servikal faktör yer almaktadır (59).

2.2.1.a. Ovulatuar Faktör: Ovulasyonun hiç oluşmaması (anovulasyon) veya ovulasyon oluşumunun azalması (oligoovulasyon) ovulatuar faktörler olarak ifade edilmektedir. Ovulatuar fakörlerin etiyolojisi genellikle 35 yaş üzerinde olma, endokrin bozukluklar, polikistik over sendromu (PKOS), primer overyan yetmezlik ve çevresel faktörlerle ilişkilendirilmektedir. Anovuasyonun en yaygın nedeni polikistik over sendromudur ve anovulasyonu olan kadınların %70'ini etkilemektedir. PKOS; ovulatuar bozuklukların, androjen düzeylerinde yükselmenin ve her iki overde kistik yapıların oluşmasıdır. PKOS'da androjenlerin östrojene aşırı miktarda dönüşümü ile folikül stimüle edici hormon (FSH) düzeyleri baskılanır. Düşük FSH seviyeleri foliküllerin olgunlaşmaması ve ovulasyonun gerçekleşmemesi ile sonuçlanmaktadır. Granüloza hücreleri luteinize granüloza hücrelerine dönüşemediği için progesteron salınımını engeller. Bu nedenle fertiliteyi olumsuz etkileyen ve overleri kaplayan, içi sıvı dolu kistler oluşur (2, 60, 61).

Hipotalamus ve hipofiz bezinin fonksiyon bozuklukları ovulatuar faktörler arasında yer almaktadır. Hipotalamus-hipofiz fonksiyonlarındaki sorunlara bağlı olarak hipergonadotropik veya hipogonadotropik amenoreye bağlı fertilite sorunları meydana gelmektedir. Hipotalamusta ve hipofiz tümörleri, kraniel tümörler ve bazı infiltratif sorunlara bağlı olarak gonadotropinlerin salınımı normalin üzerinde veya altında olabilir. Gonadotropin salıcı hormanların (GnRH) normalin üzerinde olması, overlerde normal görünümlü gelişmekte olan foliküllerin, lenfosit ve plazma hücrelerinin infiltrasyonu ile çevrilmesi sonucunda amenorenin oluşmasına neden olur. Gonadotropinlerin salınımının normalin altında olması ise folikül stimüle edici horman (FSH) ve luteinizan hormon (LH) salınımını engelleyerek amenore oluşmasına

neden olmaktadır. Ayrıca hipotalamus-hipofiz fonksiyon bozuklıklarında en yaygın görülen bozukluklardan biri de hiperprolaktinemidir. Hiperprolaktenemi fizyolojik, farmakolojik veya patolojik nedenlere bağlı olarak gelişmektedir. Prolaktin salınımının artması GnRH'ın pulsalit salgılanmasını inhibe ederek amenore, galaktore ve fertilite sorunu oluşumuna neden olmaktadır (62-64). Bir diğer overial faktör olan primer/prematür ovaryen yetmezlik (POY); yüksek FSH hormunu varlığında 40 yaş altındaki kadınlarda overlerdeki foliküllerin tükenmesi veya işlevlerinin bozulması anlamına gelmektedir. Hipoparatiroidizm, hipoadrenalizm, ovaryen ya da adrenal hasara neden olan antikorlar, kromozomal anomaliler, radyoterapi/kemoterapi gibi çoklu patoloji ile ortaya çıkmaktadır (2).

2.2.1.b. Tuba-peritoneal Faktör: Tubal hareketlilikte azalma, tubanın fibrial kısmının olamaması, bir tubanın olmaması, tubal enfeksiyon ve adhezyon gibi anatomik ve işlevsel anormallikler fertilite sorunlarına yol açmaktadır. Ayrıca cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (Gonore, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium vb.) tedavi edilmediğinde tubal obstrüksiyon ve tubal hasara neden olmaktadır. Peritoneal faktörler ise abdominal kavitenin pertitoneal yüzeyindeki anomali veya endometriosiz sonucu ovulasyonda ovumun overden tubal ostiuma geçişini engelleyerek fertiliteye sorunlarına yol açmaktadır. Pelvik veya adneksiyal adezyonlar, geçirilmiş cerrahi ve pelvik inflamatuar hastalıklar peritonel faktörlerin oluşmasında rol oynamaktadır (65-67).

2.2.1.c. Uterin Faktör: Uterusun anatomik ve işlevsel anormallikleri implantasyonun engellenmesi ya da tekrarlayan gebelik kaybı ile ilişkilendirilmektedir. Konjenital uterin anomallikler (müller füzyon defekleri), uterin myomlar, intrauterin yapışıklıklar, endometriyal polipler ve fibroidler, intrauterin adhezyon veya endometriozis spermin ilerlemesini ve implantasyonu olumsuz etkileyerek fertilite sorunlarına sebep olmaktadır (68).

2.2.1.d. Servikal Faktör: Servikal mukus anormallikleri, serviksin yapısal anomalileri ve servisitis servikal faktörler olarak adlandırılmaktadır. Servikal mukus, spermin canlılığının sürdürülmesi ve uterin kaviteye ardından tüplere geçişini sağlamaktadır. Servikse yönelik cerrahi yöntemler (kriyo/elektrokoterizasyonu koni biyopsi vb.) servikste stenoza neden olabilmektedir. Servikal stenoz durumunda endoservikal epitelin yapısındaki bozulma servikal mukus üretimini etkilemektedir.

Servisit veya enfeksiyonlar ise servikal mukusun pH'ındaki, kalitesindeki veya yoğunluğundaki değişkliklere yol açıp fertilite sorunlarına sebep olmaktadır (69).

2.2.2. Erkekte Fertilite Sorunlarına Neden Olan Faktörler

Erkekte fertilite sorunlarına neden olan faktörler üç ana kategoride incelenmektedir (70).

2.2.2.a. Sperm Üretim Bozuklukları: Erkek fertilite sorunlarında en sık rastlanan faktör sperm üretim ve olgunlaşma bozukluklarıdır. Sperm üretim bozuklukları sadece sperm sayısı ile ilgili olmamakla birlikte zayıf sperm hareketliliği (astenoospermi), anormal sperm morfolojisi (teratozoospermi), düşük sperm konsantrasyonu (oligoospermi) gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır. Sperm üretim bozuklukları etyolojisinde primer testiküler yetmezlik (hipergonadotropik hipogonadizm), kliniferter sendromu, testislerde anatomik sorunlar (kriptorşidizm, varikosel), çocukluk döneminde geçirilen enfeksiyonlar (kabakulak orşidi) yer almaktadır (69-71).

2.2.2.b. Duktal Sistem Bozukluklar: Spermin taşınmasında ve kadın üreme sistemi içerisinde canlılığını yitirmesinde yaşanılan problemleri içermektedir. Taşınma problemleri, konjenital penis anormalleri, hipospadias, epispadias ve enfeksiyonlar sonucunda oluşmaktadır. Ejakülator kanalda obstrüksiyona sebep olan enfeksiyonlar, cerrahi operasyonlar sonrası gelişen sakar doku, polikistik veya ejekülatör kanal kistleri, duktal atrezi ve stenoz varlığında da gelişebilmektedir (72). Ayrıca çift taraflı konjenital vas deferens yokluğunda testisin genellikle normal gelişim göstermesine rağmen spermin taşınamaması söz konusudur (73).

2.2.2.c. Sperm Fonksiyon Bozuklukları: Spermin fertilizasyonu gerçekleştirebilmesi için sperm şekli ve hareketliliği önemlidir. Sperm fonksiyon bozuklukları anti-sperm antikorlar, varikosel, genital organların inflamasyonu (prostatit), sperm yapışma anormalilikleri ve penetrasyon ile ilgili problemleri kapsamaktadır (74, 75).

2.2.3. Fertilite Sorunları ve Yaşam Tarzı Faktörleri

Yaşam tarzı doğrudan veya dolaylı yoldan sağlığı etkileyen bir faktördür. Yaşam tarzı bireyin yalnızca kişilik özellikleri ya da hayatı yaşayış biçimi değil aynı zamanda fizyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel bir bütün olarak çevre ile etkileşimini de

kapasamaktadır. Son yıllarda yaşam tarzı ile ilgili faktörlerin fertilite üzerine olan etkisi konusunda kanıtlar artmaktadır. Bireye özgü yaşam tarzı davranışları içerisinde beden kitle endeksi, beslenme, egzersiz ve uyku alışkanlıkları, sigara ve alkol tüketimi, kafein tüketimi, stres, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, geleneksel sağlık uygulamaları, giyim tarzı, çevresel maruziyetler fertilite üzerine etkili olan faktörlerdir. Tüm bu faktörlerin kadın ve erkek fertilitesi üzerine etkileri aşağıda özetlenmektedir (76, 77).

2.2.3.a. Uyku Alışkanlığı: Bireyin genel ve üreme sağlığını etkileyen önemli bir faktör olmasına rağmen uyku ve fertilite arasındaki ilişki hakkında çok az şey bilinmektedir (78). Yetersiz uyku durumunda melatonin hormonunun ve büyüme hormonlarının azalması, kortizol seviyesinin artması sperm ve ossit kalitesini azaltabilmektedir (79). Goldstein ve ark. (2017) tarafından IVF tedavi desteği alan kadınların (n:24) tedavi sürecinin üç döneminde uyku süresindeki atışın elde edilen oosit sayısını pozitif etkilediği saptanmıştır (80).

2.2.3.b. Egzersiz Alışkanlıkları: Düzenli egzersiz hem bedensel ve ruhsal sağlığı iyileştirmesi hem de fertiliteyi geliştirmesi açısından önemlidir. Ilımlı düzeyde yapılan egzersiz, vücudun insüline olan duyarlılığının artmasına neden olarak ovaryan fonksiyonu ve fertilizasyon şansını arrtırmaktadır. Ayrıca egzersiz, hipofizin uyarılması ile kortizol ve prolaktin hormon seviyelerini azaltmakta, endorfin salınımı arttırmaktadır. Artan endorfin seviyesi ön hipofiz bezini uyararak FSH ve LH salınımını arttırmaktadır. Devamında overlerden östrojen ve progesteron salınımı artar fertilizasyonu olumlu yönde etkiler. Erkeklerde ise ılımlı düzeyde egzersizin artan yağ dokusunu azaltarak kanda testosteron hormon seviyesini arttırdığı ve bunun sonucunda sperm sayı ve kalitesini olumlu yönde etkilediği öne sürülmektedir (81, 82).

2.2.3.c. Beslenme Alışkanlıkları: Yanlış beslenme alışkanlıkarı sıklıkla kadında ve erkekte obeziteye yol açabilmektedir. Obez kadınlarda sıklıkla hiperöstrojenemi, menstrüel siklus bozuklukları, polikistik over sendromu gibi nedenlerle fertilizasyon olumsuz yönde etkilenmektedir (83). Obez erkeklerde ise yağ dokusundaki artış testis bölgesindeki ısının artmasına, testesteron azalmasına ve hiperöstrojenemiye neden olmaktadır. Böylece sperm üretimi ve kalitesi önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir (84, 85).

Beslenme içerisinde fertiliteyi olumsuz yönde etkileyen bir diğer faktör ise kafein tüketemidir. Kadınlarda kafein tüketiminin östrojen ve progesteronun luteal faz düzeylerinde düşmesine ve menstrüel siklus süresinin kısalmasına yol açabileceği gibi gebe kalma süresini uzatabileceği bilinmektedir. Erkeklerde ise kafeinin sperm canlılığını ve hareketliliğini olumsuz yönde etkileyerek fertilite sorunlarına yol açtığı görülmüştür (86, 87).

2.2.3.d. Sigara ve Alkol Tüketimi: Sigara ve alkol tüketimi hem kadınlarda hem de erkeklerde fertiliteyi olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Kadınlarda sigara tüketiminin overler üzerine toksik etki yaratarak oositin fertilizasyon yeteneğini azalttığı, uzun dönemde testosteron ve androjen düzeylerini arttırdığı böylece fertiliteyi olumsuz etkilediği saptanmıştır (88). IVF tedavisi alan kadınlarda sigara içenlerin siklus başına gebelik oranlarının sigara içmeyenlere kıyasla azaldığı belirtilmiştir (89). Crha ve ark. (2001) fertilite tedavisi alan kadınlar (n:159) ile gerçekleştirdikleri çalışmada, sigara kullananlarda daha az embriyo oluştuğu ve fertilizasyon oranlarının düştüğü ve sigara içenlerin gebe kalamadığı bulunmuştur. Erkeklerde ise sigara tüketiminin toksik etki yaratarak sperm miktası ve hareketliliğini azalttığı, sperm morfolojisini bozduğu ve bu nedenle fertilizasyonu olumsuz etkilediği bilinmektedir (85, 90)

Alkol tüketiminin hem erkekte hem de kadında fertilite sorunlarına yol açabileceği bilinmektedir ancak tüketim miktarı ile fertilite sorunları arasındaki ilişki belirsizdir. Alkol tüketimi erkeklerde sperm sayısının ve hareketliliğinin azalmasına neden olurken kadınlarda östrojen seviyesinin yükselmesiyle FSH salınımını inhibe ettiği, folikülogenezis ve ovulasyon inhibisyonuna neden olabilmektedir (81).

2.2.3.e. Stres: Fertilite sorunları yaşamı tehdit eden bir sağlık sorunu olmamasına rağmen stres yaratan ve başa çıkılması zor olan yaşam krizidir (45). Modern yaşamın önemli bir parçası haline gelen stres farklı mekanizmalar ile fertilite sorunlarına neden olabilmektedir. Stres kadınlarda endometrial kan akışını azaltarak ve oosit gelişimini engelleyerek ovulatuar disfonksiyona, luteal faz defektine, implantasyon bozukluklarına yol açmaktadır. Erkeklerde ise, seksüel performans ve ereksiyon sorunlarına neden olarak koitus sıklığının azalmasına ve sperm kalitesinin bozulmasına yol açmaktadır (13, 91).

2.2.3.f. Çevresel Maruziyetler:

Günlük yaşamda kullandığımız veya maruz kaldığımız birçok madde toksik etki yaratarak fertilite sorunlarına neden olabilmektedir. Televizyon, cep telefonu, bilgisayar, mikrodalga fırınlar gibi elektromanyetik dalga yayan araçlar kadınlarda ovulasyonu ve ovum kalitesini, erkeklerde ise sperm morfolojisini, motilitesini ve sayısını olumsuz etkileyebilmektedir (77, 92).

2. 3. Ferilite Sorunlarını Tanılama Yöntemleri

2.3.1. Kadın Fertilitesi Sorunlarında Tanılama Yöntemleri

Kadının değerlendirmesine anamnez alma ve fiziksel muayene ile başlanmalıdır. Kadının anamnezinde; yaş, gravida, parite, menstruasyon süresi ve özellikleri, fertilite sorunun yaşandığı süre, cinsel ilişki sıklığı ve zamanı, daha önce kullanılan kontrasepsiyon yöntemleri, kullanılan ilaçlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kronik hastalıklar, geçirilmiş batın ve pelvik operasyonlar, sigara ve alkol kullanımı değerlendirilmelidir. Anamnez sonrası fiziksel muayene fiziksel ve jinekolojik değerlendirmeyi içermektedir. Jinekolojik değerlendirmede, over rezervinin değerlendirilmesi, ovulasyon testleri, endometiral biyopsi, ultrasonografi, histerosalfingografi, histereskopi ve laparoskop sıklıkla yapılabilmektedir (93,94).

2.3.1.1. Over Rezervinin değerlendirilmesi: Over rezervlerinin belirlenmesi ilk başvurulan değerlendirmedir. Değerlendirmede; Antimüllerian hormon (AMH), FSH, LH ve östradiol düzeylerinin ölçümü, antral folikül sayımı (AFC) ve klomifen sitrat challenge testi (CCCT) kullanılabilir. Menstrüel siklusun 3. günü bazal serum FSH ve AMH düzeyi değerlendirilmektedir. Ultrasonografi eşliğinde AFC yapılmaktadır (93, 95). Değerlendirilen FSH düzeyi over rezervini göstermektedir. FSH hormunu hipotalamustan salınan GnRH'ın uyarılmasıyla ön hipofizden salgılanmaktadır. FSH düzeyinin 8.9 International Unite/Litre (IU/l) ve daha üzeri düşük overyan yanıtı gösterirken, 4 IU/l ve altı yüksek yanıtı göstermektedir. Bu düzeyin 10 Milliinternational Unite/Mililitre (mIU/ml) ve üzeri olması Üreme Sağlığı ve İnfertilite Derneği (TSRM) kılavuzuna göre düşük overyan yanıt olarak değerlendirilmektedir. Granuloza gücrelerinden salınan AMH seviyesi primordial folikül havuzunun boyutunu yansıtır ve over rezrvini belirleme de önemli biyokimyasal

belirteçtir. Normal değeri 2.0-6.8 nanogram/mililitre arasında olup, 1.3 ng/mL altında olması stimülasyona zayıf yanıt olarak kabul edilmektedir (96).

Erken foliküler fazda antral foliküller gelişmektedir ve bu foliküllerin boyutu 2-10 mm arasında değişmektedir (97). Antral folikül sayısının 4 veya daha az olması düşük yanıtı göstermektedir. On altı veya üzeri olması ise yanıtın yüksek olduğunu düşündürmektedir (98). TSRM kılavuzuna göre her iki overde toplam 15 veya üzeri antral folikülün olması yüksek yanıtı, 5 veya daha az folikül olması düşük yanıtı göstermektedir (97). Klomifen sitrat challenge test (CCCT) ise, FSH yanıtının biyolojik olarak değerlendirilmesini içermektedir. Klomifen sitrat (CC), folikül gelişimini uyararak östradiol salınımı arttırır ve artan östradiol, FSH hormunu inhibe eder. Testin uygulamasında ilk olarak menstrüal siklusun üçüncü günü FSH ve östradiol ölçülür, ardından 5-9 gün arasında klomifen sitrat (100 mg/gün) oral olarak verilir ve 10. günde FSH'ın ölçümü yapılarak yanıtı değerlendirilir. İlk ve son ölçülen toplam FSH değerinin 26 IU/l üzerinde olması prognozun kötü olduğunu yansıtır (99).

2.3.1.2. Ovulasyon Testleri: Ovulasyonun değerlendirmek için midluteal dönemde serum progesteron düzeyi testi veya idrarda günlük LH takibi yapılmaktadır. Ovulasyon gerçekleştiğinde korpus luteumun oluşmasıyla luteinize olan granulosa hücrelerinden progesteron salgılanır. Ovulasyonu takiben 7. günde serum progesteron değerinin 3 ng/mL üzerinde olması ovulasyonun gerçekleştiğini yansıtmaktadır. Ayrıca idrardan LH ölçümü ovulasyonun gerçekleşip gerçekleşmediği hakkında bilgi verebilmektedir. İdrarda günlük LH tabiki yapabilmeyi sağlayan kitler bulunmaktadır. Bu kitler, kadınlar tarafından evde rahatlıkla uygulanabildiği gibi maliyeti de düşüktür. Ovulasyonu takiben 7. günde progesteron pikinin oluşmasından sonra idrarda yapılacak LH düzeyi ölçümü sonucu, yaklaşık 24-36 saat içinde oluşacak ovulasyonu göstermektedir. Midluteal fazda progesteron düzeyinin 10 ng/mL üzerinde olası, LH düzeyinin 1-12 IU/l arasında olması ovulasyonun gerçekleştiğini göstermektedir (93, 100, 101) .

2.3.1.3. Endometrial Biyopsi: Luteal fazda endometriumdan alınan örneğin incelenmesi ile endometriumun progesteron ve östrojen uyarısına uygun tepkiyi verip vermediğini saptamak için yapılmaktadır. Ayrıca endometrit gibi endometriyuma yönelik patojenlerin tespitinde kullanılmaktadır (67).

2.3.1.4. Ultrasonografi: Antral folikülün değerlendirilmesi amacıyla erken foliküler fazla uygulanmaktadır. Ayrıca pelvik organların yapısının değerlendirilmesi için menstrüal siklusun herhangi bir döneminde gerçekleştirilebilir (67,95)

2.3.1.5. Histerosalfingografi: Floroskopik kontrol altında verilen radyoopak madde ile X-ray görüntülemesinde uterus ve fallop tüplerinin açıklığını, yapısını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Endometriyum dokusunun ince olmasının elde edilen görüntü üzerine olumlu etkisinden dolayı menstrasyonun bitiminden sonraki 3-4 gün içerisinde uygulanmaktadır (67, 93, 95).

2.3.1.6. Histereskopi: Uterus iç kısmı ve pelvik organların vajenden yerleştirilen bir endoskop aracılığıyla anestezi eşliğinde incelenme işlemidir. Diyagnostik amacı dışında uterusa ait sorunların ve tubal obstrüksiyon tedavisinde kullanılmaktadır (93).

2.3.1.7. Laparoskopi: *A*nestezi altında batından yerleştirilen bir endoskop aracılığıyla uterus, fallop tüpleri ve overlerin direkt değerlendirilmesidir (67, 93).

2.3.2. Erkek Fertilitesi Sorunlarında Tanılama Yöntemleri

Erkeklerde fertilite sorunlarının değerlendirilmesinde anamnez, fiziksel muayene, semen analizi, antisperm antikor testi, sperm fonksiyon testleri, ultrasonografi, testiküler biyopsi ve genetik değerlendirme testleri gibi yöntemler kullanılmaktadır. Anamnez alınırken; cinsel ilişki sıklığı ve zamanlaması, fertilite sorununun yaşandığı süre ve önceki fertilite öyküsü, çocuklukta geçirilmiş hastalıklar, sistemik tıbbi hastalıkların varlığı, geçirilmiş cerrahi operasyonlar, kullanılan ilaçlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, çevresel ve kimyasal toksinlere veya ısıya maruz kalma sorgulanmalıdır (100,102).

2.3.2.1. ***Semen Analizi (Spermiyogram):*** *Sp*erm volümü, sperm konsantrasyonu, hareketliliği ve yapısı değerlendirilmektedir. Semen analizi pahalı ve invaziv olmadığı için ilk basamak tetkik olarak istenmektedir. Spermiogram için semen örneği 2-5 günlük cinsel perhiz sonrası matürbasyon yöntemi ile alınmaktadır. Semen analizindeki anormallikler, testin tekrarlanmasını ve daha fazla araştırma yapılmasını gerektirir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün verilerine göre semen analiz parametrilerinde alt referans değerler; semen volümü ≥1.5 (1.4-1.7) ml, total sperm sayısı ≥39 (33-46), 12 milyon/ejakulat, sperm konsantrasyonu ≥15 milyon/ml, total

motilite ≥%40 (38-42), canlılık ≥%58 (55-63) ve pH değeri ≥7.2. olarak belirtilmiştir (100, 103).

2.3.2.2. ***Antisperm Antikor Testi:*** Antisperm antikorları hem kadınlarda hem de erkeklerde bulunmaktadır. İzole astenozoospermi veya sperm aglütinasyonuna neden olarak servikal mukusa penetrasyonu bozarak fertilite sorunlarına neden olabilmektedir. Sperm üzerindeki antikorları gösteren karma mixed agglutination reaction testi ve immüno beat testi önerilmektedir. Rutin uygulanan bir test olmamakla birlikte astenozoospermi veya sperm aglütinasyonu durumunda yapılmalıdır (100, 104).

2.3.2.3. ***Sperm Fonksiyon Testleri:*** Sperm fonksiyonunu değerlendiren testler arasında post-koital test, akrozom reaksiyonu, sperm penetrasyonu ve hemizona test yer almaktadır. Post-koital test; kadın üreme yolunda koitus sonrası sperm motilitesinin, sperm sayısının ve servikal mukus ile spermin etkileşiminin değerlendirildiği yöntemdir. Sperm fonksiyon testlerinden biri de spermin zona pellisudaya bağlanması sonucunda oluşan akrozom reaksiyonunun değerlendirilmesidir. Fertilizasyonun gerçekleşmesi için spermde kapasitasyon ve akrozom reaksiyonun olması gerekmektedir. Testin pahalı ve zahmetli olması nedeniyle rutin uygulamaya uygun değildir. Sperm penetrasyon testinde ise spermin zona pellisudası çıkarılan kobay oositin sitoplazmasına girebilme yeteneğinin değerlendirilmesi ile fertilize etme kapasitesini test eden bir yöntemdir. Penetre olnuş oosit yüzdesi ya da her bir oositi penetre etmiş sperm sayısı ölçülerek puanlama yapılmaktadır. Heminoza testi; canlı olmayan ve ikiye bölünmüş oositlerin kullanılarak spermin kapasitasyon yeteneğinin, akrozom reaksiyonunun, zona pellisudaya bağlanabilme kapasitesinin in vitro koşullarda değerlenderilmesidir (67, 105).

2.3.2.4. ***Ultrasonografi:*** Ultrasonografi transrektal, skrotal ve abdominal olarak üç şekilde gerçekleştirilmektedir. Transrektal ultrasonografi; prostat, seminal vezikül ve vas deferensin ampulla bölgesinin anatomik açıdan değerlendirilmesinde kulanılmaktadır. Düşük semen hacimli veya distal tıkanıklık şüphesinin olduğu durumlarda yapılmaktadır. Skrotumun ultrasonografisinde çoğunlukla varikoselin, skrotumun ve spermatik kord anomalilerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Abdominal ultrasonografi ise vaz deferensin palpe edilemeği durumlarda böbreklerin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemdir (67, 100).

2.3.2.5. ***Testiküler Biyopsi:*** Normal testiküler yapısı, palpe edilen vas deferensi, normal serum FSH düzeylerinin olmasına karşın azospermi durumunda yapılır. Testiküler yetersizlik, obstrüktif ve nonobstrüktif azospermin ayırıcı tanısının yapılmasını sağlamaktadır (67, 100).

2.3.2.6. ***Genetik Değerlendirme:*** Spermatogenizi olumsuz yönte etkileyen sayısal ve yapısal kromozomal anormaliler ve azo/oligozoospermi durumlarında genetik değerlendirmeye başvurulmaktadır. Rutin uygulanan bir değerlendirme testi olmamakla birlikte intrasitoplazmik sperm enjeksiyonunun kullanılmaması nedeniyle sınırlı bir değerlendirmedir (100).

2.4. Fertilite Sorunlarında Tedavi Yöntemleri

Fertilite tedavisinde birincil yaklaşım fertilite sorunlarının etiyolojisinde yer alan temel sorunun ortadan kaldırılmasıdır. Tedavi yöntemleri arasında medikal ajanlar, cerrahi yöntemler veya yardımcı üreme teknikleri (YÜT) yer almaktadır. Tedaviye öncelikle en invaziv olan uygulama ile başlanması önerilmektedir.

2.4.1. Tıbbi Tedavi: Mevcut sorun ovulasyon veya spermatogenez sürecine bağlı ise ovulasyon veya spermatogenez indüksiyonunun sağlanması önem taşımaktadır. Ovulasyon indüksiyonu, olgun oosit sayısını artırmak ve foliküler büyümeyi teşvik etmek için hormonsal uyarıları sağlayan medikal ajanların kullanıldığı bir prosedürdür. İdeal protokol seçimi bireysel hasta seçimi, maliyet, zaman ve kadınların bireysel özellikleri (yaş, over rezervi, AMH, FSH düzeyleri vb.) dikkate alınarak yapılmaktadır. Kullanılan medikal ajanlar arasında tamoksifen, klomifen gibi antiöstrojenik etkili ilaçlar, metformin gibi insülin duyarlılığını arttıran ilaçlar, dopamin antagonistleri, glukokortikoidler, gonodotropinler, leuprorelin gibi GnRH agonistleri, cetrorelix gibi GnRH antagonistleri, progesteron ve human koryo gonadotropik hormunu (hCG) yer almaktadır (106 -108)

2.4.2. Cerrahi Tedavi: Üreme organlarında var olan anatomik anomalilerin düzeltilmesi ve fertilitenin koruması amacıyla cerrahi tedavi kullanılmaktadır. PKOS, endometriozis, uterin myom, tubal obstrüksiyon ve hidrosalpinks gibi nedenlere bağlı olan fertilite sorunlarında laporoskopik cerrahi

yöntemler uygulanmaktadır. Erkeklerde ise varikosel veya obstrüksiyon varlığında cerrahi tedavi tercih edilmektedir (68, 109-111)

2.4.3. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT): Spontan olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin çoğu bir bebeğe sahip olabilmek için YÜT başvurmaktadır. Robert Geoffert Edwars tarafından 1978 yılında gerçekleştirilen İn Vitro Fertilizasyon (IVF) tedavisi sonrası ilk kez term bir bebek dünyaya gelmiştir. Ülkemizde ise ilk başarılı IVF tedavisi Prof. Dr. Refik Çapanoğlu başkanlığında 1989 yılında gerçekleştirilmiştir. Son 30 yıllık süreçte YÜT hızlı bir gelişim göstermiştir. Toplumsal değişikliklerin, fertiliteyi koruma isteğinin ve fırsatının artması ile günümüzde kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Günümüzde kullanılan YÜT arasında İntrauterin İnseminasyon (IUI), İn Vitro Fertilizasyon-Embriyo Transferi (IVF-ET), İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI), Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT) ve Zigotların İntrafallopian Transferi (ZIFT) yer almaktadır (112-114).

2.4.3.1. İntrauterin İnseminasyon (IUI): Ovulasyonda özel işlemlerden geçirilerek laboratuar ortamında hazırlanan spermatozoaların katater yardımı ile uteruse enjekte edilmesi işlemidir. İntrauterin inseminasyon yönteminin uygulamasının kolay olması, daha az invaziv olması, tedavi maliyetinin ucuz olması nedeniyle birinci basamak olarak tercih edilmektedir. Açıklanamayan fetilite sorunu, servikal faktör ve ejekülasyon disfonksiyonu durumlarında kullanılmaktadır. Halk arasında aşılama olarak bilinen bu yöntemin aşamaları sırasıyla kontrollü overyan hiperstimülasyon, ovaryan hormonların ve transvajinal USG ile folikül gelişimi takibi, inseminasyonun planlaması ve spermlerin hazırlanması, inseminasyonun uygulamasıdır (115, 116).

2.4.3.2. İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi (IVF-ET): Labovatuar ortamında bir tüp içerisinde oosit ve spermlerin fertilizasyonunun kendiliğinden gerçekleşmesidir. IVF-ET başlangıçta tedavi edilemeyen tubal faktörler için geliştirilmesine karşın günümüzde immünolojik faktörler, geçirilmiş PID, endometriozis, açıklanamayan ve erkek faktörlü fertilite sorunları için kullanılmaktadır. IVF-ET aşamaları sırasıyla kontrollü ovarian hiperstimülasyon, transvajinal ultrasonografi altında oosit toplama işlemi, laboratuarda fertilizasyon ve embriyoların uterusa transferidir. IVF'in aşamaları sırasıyla ovulasyon indüksiyonu, oosit toplama,

spermlerin elde edilmesi, fertilizasyon ve embriyo kültürü, embriyonun uterusa transferi, gebelik testi ve takip sürecidir (117, 118).

2.4.3.3. İntra Sitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI): Oosit zona pellusideasında bir delik açılarak tek bir spermin doğrudan oosit sitoplazmasına enjekte edildiği yöntemdir. Düşük semen kalitesi, zayıf progresiz hareketliliğe sahip spermlerin varlığı ve açıklanamayan fertilite sorunlarında kullanılmaktadır (117, 119).

2.4.3.4. Gamet İntrafallopian Transfer (GIFT): Over stimülasyonu sonrası laporoskopi yardımıyla elde edilen oosit ile spermlerin bir kateter aracılığıyla fallop tüpüne aktarılma işlemidir. Bu işlemin gerçekleştirilmesi için kadının en az bir tüpünün açık olmasını gereklidir. İşlemin in vitro olarak gerçekleştirilmemesinden kaynaklı oosit ile spermin fertilize olup olmadığı gözlenememektedir (117).

2.4.3.5. Zigot İntrafallopian Transfer (ZIFT): In vitro ortamda fertilize edilen embriyonun pronükleer evresinde fallop tüplerine transfer edilmesi işlemidir. GIFT işleminde olduğu gibi fallop tüplerinden en az birinin açıklığı gereklidir(117).

2.5. Fertilite Tedavisi Sonrası Gebelik

Günümüzde ileri teknolojik gelişmelerle beraber fertilite tedavisinde elde edilen başarı oranı gittikçe artmaktadır (120). YÜT ile elde edilen gebelikler spontan gebeliklerle biyolojik yönden aynı olsa da psikolojik ve duygusal yönden farklı olabilir (121). İstenilen bir bebeğe sahip olmak ve ebeveynliğe geçiş genellikle mutlu bir olay olarak değerlendirilmektedir. Ancak YÜT ile gebe kalan kadınlarda, gebelik elde edilene kadar tıbbi ve psikososyal sorunlar ile yüz yüze getiren, ani stresörlerle karşılaştıran, toplumun kendilerine bakış açısını değiştiren, cinsellikle ve evlilikte başarısızlık ve yetersizlik duyguları yaratan, ekonomik yük oluşturan fertilite sorunlarının tanılanma ve tedavi sürecinin yarattığı duygusal değişiklikler gebelik oluşsa bile hemen ortadan kalkmayabilir (8, 13-15).

Aynı zamanda bu gebelikler doğal yolla elde edilmediği için çoğunlukla sağlık profesyonelleri tarafından yüksek riskli/ kıymetli gebelik kapsamında ele alınmaktadır (12). Fertilite sorunlarının yaşandığı süreçten sonra kadınlar için potansiyel ebeveynliğe geçiş, psikolojik olarak kimliğin gözden geçirildiği ve duyguların yeniden şekillendiği stresli bir süreçtir (15). Baor ve Soskolne (2010), in vitro fertilizasyon

(IVF) tedavisi sonucu ikiz gebelikler (n:88) ile spontan ikiz gebeliklerin (n:98) prenatal dönemde stres düzeylerini incelemiş ve IVF grubundaki annelerin gebelik boyunca maternal stres düzeylerinin spontan gebelere göre önemli ölçüde yüksek olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada gebelik süresince IVF ile gebe kalanların maternal öz yeterlilikleri spontan gebelere göre daha düşük ve annelik kimliğine geçişin daha uzun olduğu belirtilmiştir (18). İnfertil kimlikten ebeveynliğe geçiş sürecinde kadınların kendilerini doğal gebe olarak görememe ve gebeliği kabullenememe gibi zorluklar çektiği belirtilmektedir (121).

Ranjbar ve ark. (2015) tarafından gerçekleştirilen nitel bir çalışmada; fertilite tedavisi sonrası gebelikte kadınların hayatta barış bulma, parodoksal duygular, rüyayı gerçekleştirme mücadelesi olmak üzere üç temel konuya değinilmiştir. Hayatta barış bulma temasının altında yaşamın anlamını sorgulama ve anne olmayı hissetme alt temaları yer almaktadır (122). YÜT ile gebe kalan kadınlarda preeklampsi, gestasyonel diyabet, pretem eylem, abortus ve çoğul gebelik gibi olumsuz obstetrik ve perinatal sonuçların spontan gebe kalan kadınlara oranla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (123, 124). Uzun bir tedavi dönemi boyunca beklenen gebelik bu risklerle birleştiğinde kadınlarda gebeliğin son bulacağı endişesine neden olmaktadır. Gebeliği kaybetme endişesi kadının erken gebelik döneminde bebek ile bağ kurmayı bilinçli olarak geciktirmesine neden olduğu için prenatal bağlanmaya etkili olabilmektedir. İnfertilite tedavisi sürecinin uzun olması ve daha önce gebelik kayıplarının yaşanması bu endişeyi daha da arttırmaktadır. Bu nedenlerle fertilite tedavisi sonrası gebelik sürecinde psikososyal sağlık açısından artan danışmanlık ve destek ihtiyacı duyabilmektedir (25, 50).

2.6. Fertilite Tedavisi Sonrası Gebelikte Hemşirenin Rolü

Ferilite tedavisi sonrası gebelik sürecinde hemşirelerin; gebeliğe uyumu kolaylaştırma, prenatal bakım ve testler hakkında karar vermede yardımcı olma, stresle baş etmede güçlendirme, destek kaynaklarını arttırma ve hasta haklarının savunma gibi rolleri bulunmaktadır (15). YÜT ile gebe kalan kadınların prenatal bakım ve izlemleri genellikle obstetrik alanlarda yapılmaktadır. Bakımlarının kendi tedavi süreci hakkında sınırlı bilgiye sahip olan bir sağlık uzmanına devredilmiş olması annenin bakımı yetersiz algılamasına sebep olabilmektedir. Bu nedenle gebelik izlemlerinde hemşireler,

kadınların gebe kalış şekillerini sorgulamalı ve özel bakım gereksinimlerinin farkında olmalıdırlar (50). Fertilite tedavisi sonrası ani gelişen gebelikle ebeveynlik kimliğine uyum sağlamak zor olabilir, bu dönemde hemşireler fetal gelişimler (fetal hareketer, kalp atımları vb.) hakkında çiftleri daha fazla bilgilendirerek gebeliğe uyumu kolaylaştırmalıdır (125,126).

Annelik kimlik gelişimi veya planlı bebek bakım eğitimi gibi eğitimler ile annelerin rol kazanımına yardımcı olunmalıdır (127,128). Fertilite tedavisi sonrası gebe kalan deneyimli kadınlar ile yüz yüze veya çevrimiçi etkileşim grupları oluşturularak, kadınların hem gebeliğe uyum kolaylaştırılmalı hem de destek kaynakları arttırılmalıdır (24). Fertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlar birçok yönden stres ile karşı karşıya kalmaktadır (21). Gebeliğin normal semptomlarını bebeğine ve gebeliğine tehdit olarak algılayıp ultrason muayenesinin tekrarlanmasını ve kontrollerin sıklaştırılmasını isteyebilir. Aynı zamanda aşırı tedbirler alarak sürekli yatak istirahatine çekilebilir ve cinsel ilişkiyi sınırlandırabilir. Bu nedenle fertilite tedavisi sonrası çiftler neler hissettiği konusunda duygu ve düşüncelerini paylaşmaları için cesaretlendirilmelidir (15) Korku, endişe, yanlış inanış ve mitleri ön yargısız şekilde sağlığa etkileri tartışılarak doğruları pekiştirilmelidir. Fertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlarda genellikle anne olduğuna minnettar olma ve şikayette bulunma hakkının olmadığı hissi olabilir. Hemşirelerin kadının gebelik döneminde yaşadığı ambivalan duyguları susturma eğilimde olduklarının farkında olması gerekmektedir. Yoğun minnet duygusu olumsuz hislerini ifade etmelerine engel olacağı için kadınların minnet duygularını teşvik etmemeye özen gösterilmelidir (50,129). YÜT ile gebe kalan kadınlarda maternal fetal bağlanmanın gelişmesini sağlamak için fetüsün gelişimi hakkında daha fazla bilgi vererek fetüsü görselleştirmesine yardımcı olunmalıdır (126).

2.7. Bağlanma

Bağlanma, ilk kez 1951 yılında İngiliz psikiyatrist ve psikanalist John Bowlby tarafından kavramsallaştırılmış ve daha sonra Bowlby ve Mary Ainsworth tarafından geliştirilmiştir (130,131). Bowbly, bağlanmayı doğumda başlayan ve yetişkinlik boyunca devam eden istenmeyen ayrılık ve kayıplar sonucunda anksiyete, öfke, depresyon gibi emosyonel distres durumlarına yol açan, güvenliği ve rahatlığı içeren duygusal bağ olarak tanımlamaktadır. Bowbly, temel olarak bebeğin doğum sonrası

erken dönemde biyolojik güven gereksinimi doğrultusunda anneye bağlanması üzerine odaklanmıştır (132). Mary Ainsworth ise "Yabancı Ortam (Strange situtiation)" isimli laboratuvar testi ile bağlanmanın bebeğin biyolojik gereksiniminlerinin ötesinde annenin davranışlarına ilişkin bebeğin duygusal değerlendirmesini içerdiğini ortaya koymuştur. Annenin bebeğine verdiği tepkiler doğrultusunda bağlanmanın farklılaştığını gözlemleyerek, günümüzde halen kullanılmakta olan bağlanma biçimleri (güvenli, güvensiz ve kaygılı bağlanma) için adlandırmalar oluşturmuştur (133,134).

Bowlby ve Ainsworth, bağlanmanın erken dönemde ebeveyn etkileşimini, geç dönemde ise inançları, beklentileri, ihtiyaçları ve diğer sosyal davranışları etkilediğini saptamışlardır. Bu nedenle erken dönemde kurulan bağlanma ilişkisi yaşam boyu sağlıklı psikolojik gelişim için hayati öneme sahiptir (135). Doğum sırasında bebeğini kaybeden annelerin bebekleri ile herhangi bir temas veya duygusal etkileşimde bulunmamasına rağmen sergilediği yoğun yasın gözlemlenmesi ile bağlanmanın prenatal dönemde başladığı fikri ortaya çıkmıştır (136,137).

2.7.1. Prenatal Bağlanma

Prenatal bağlanma, gebeliğin başladığı andan doğumun gerçekleştiği ana kadar anne ile bebeği arasındaki duygularla, bilişlerle ve davranışlarla ifade edilen duygusal bağlantı kurma süreci olarak tanımlanır (138, 139). Annelik bakımı alanında uzmanlaşmış bir hemşire olan Rubin (1976) anne ile bebeği arasında doğumdan sonra hemen ortaya çıkan bağın gebelik sırasında gelişen bir davranış olduğunu saptamıştır (140, 141). Gebelik sürecinde dış dünyaya yönelik bebeği ve kendisi için güvenli geçiş arayışı, diğer kişiler tarafından bebeğin özel ve önemli olduğunu kabul edilmesini sağlama, bebeğe bağlanma ve kedini bebeğe adama olmak üzere önce kadınlarda dört özel görevin olduğunu belirlemiştir (142). Cranley (1981), prenatal bağlanmanın altı yönden oluşan çok boyutlu modelini geliştirmiştir. Cranley prenatal bağlanma modeli, annenin fetüsü kendinden ve bedeninden farklı olarak algılaması, fetüs ile iletişime girmesi, fetüsün özelliklerini yorumlaması, kendini adaması, annelik rolünü benimsemesi gibi farklı durumları kapsamaktadır (143).

Muller (1993) ise bağlanmayı kavramsallaştırırken anne ve bebek arasında gelişen yakın ilişkiyi gösteren düşünce ve hayalleri hariç tutarak daha çok davranışlar üzerine

odaklanmıştır. Muller maternal-fetal bağlanmayı anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen sürekli ilişki olarak yeniden tanımlamıştır (144). Birçok araştırmacı bebek ile anne arasındaki ilk önemli ilişkiyi gebelik döneminde anne ile fetüs arasında kurulan, gebelik ilerledikçe giderek artan, bebek doğduktan sonra ise güçlenen bağlanmayla ifade etmektedir (145). Anne adaylarının doğmamış çocuğuyla ilgili bir bağ geliştirmesi bebeğin de gelecekteki bilişsel, sosyo-duygusal, fiziksel, zihinsel ve dil gelişimini yörüngesinde beklenen davranışlara uyum sağlamasını kolaylaştıracaktır. Aynı zamanda gebelik sırasında iyi sağlık uygulamalarını motive edici ve prenatal depresyona karşı koruyucu olmasından dolayı anne sağlığı içinde önemlidir (31, 36, 37).

2.7.2. Prenatal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

Prenatal bağlanma birçok faktörlerden etkilenmektedir. Özkan ve ark. (2020) tarafından spontan gebe kadınlar ile yürütülen çalışmada eğitim düzeyi, çalışma durumu, parite, gebelik haftası, doğum öncesi eğitim alma ve gebeliğin planlanma durumu, gebelikte meydana gelen fiziksel değişimler, beden imajı algıları, gebelik döneminde görülen kaygı ve stresle baş edebilme biçimleri, gebelerin duygusal zekaları ve sosyal destek algılarının prenatal bağlanmayı etkilediği saptanmıştır (146). YÜT ile gebe kalan kadınların spontan kadınlara göre gebeliğe verdiği önem seviyesinin ve bebeğini kaybetme endişesinin daha fazla olmasının prenatal bağlanmayı etkilediği düşülmektedir (50). Ancak YÜT ile gebe kalan kadınların gebelik deneyimine uyumlarını ve prenatal bağlanmalarını değerlendirmek amacıyla yapılan az sayıdaki çalışma sonuçları birbiriyle tutarlı değildir. Kavlak ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada fertilite tedavisi ile gebe kalan 133 kadın incelenmiştir ve prenatal bağlanma düzeylerinin spontan gebelere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (33). Gourounti (2016) tarafından yapılan sistematik derlemede YÜT sonrası gebeliklerde spontan gebeliklere göre daha yüksek düzeyde prenatal bağlanma saptanmıştır (22). Hjelmstedt ve ark. (2006) tarafından 56 IVF tedavi sonucu oluşan gebelik ile 41 spontan gebeliğin karşılaştırıldığı çalışmada ise IVF sonrası annelerin diğer annelerle aynı oranda bağlı oldukları ve gebe kalma şeklinin prenatal bağlanma üzerinde etkisinin olmadığı belirtilmiştir (21).

Anne adayının gebeliği planlaması ve istemesi, aile tarafın gebeliğin kabul edilip onaylanması, fetal hareketlerin hissedilmesi, fetüsü bir birey olarak kabul etmesi

prenatal bağlanmayı olumlu yönde etkilemektedir (147, 148). Prenatal bağlanmayı etkileyen faktörlerden biri de strestir. Stres düzeyi yüksek olan gebelerin fetüs ile duygusal ilişki kurma eğilimleri daha azdır. Yapılan çalışmalarda yüksek düzey stres seviyeleri ile düşük prenatal bağlanma düzeyi arasında ilişki saptanmıştır (149).

2.8. Stres

Bireyin hayatını tüm yönleriyle etkileyebilen stres, modern yaşamın önemli bir parçası haline gelmiştir (150). Stres, organizmanın fiziksel ve duygusal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan ve organizmanın dengesini bozabilen herhangi bir durum olarak tanımlanmaktadır (151). Stres kavramının öncüsü olan Selye 1936 yılında stresi başlangıçta bedenin spesifik olmayan nöroendokrin cevabı olarak tanımlarken sonrasında bedenin çeşitli stresörler karşısında verdiği genel bir tepki olarak tanımlamıştır. Selye stresi ikiye ayırmıştır; olumlu stresi eustress, olumsuz stresi ise dystress olarak ifade etmiştir (152). İnsan yaşam döngüsü içerisinde birçok stresör ile karşı karşıya kalmaktadır ve her bireyin strese verdiği tepki farklıdır (153).

Selye, bireyin strese tepkisini "Genel Uyum Sendromu" içerisinde tanımlamaktadır. Stres tepkisini alarm, direnme ve tükenme olmak üzere üç boyutta sınıflandırmıştır. İlk olarak ortaya çıkan alarm aşamasında birey tehdit ile karşı karşıya kaldığında sempatik sinir sistemi aktif hale geçer ve savaş ya da kaç tepkisini gösterir. Stres ile karşı karşıya kalan bireyde kalp atım hızının yükselmesi, sistolik ve diastolik kan basıncının yükselmesi, solunumun hızlanması ve ani adrenalin salgılanması gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. Strese neden olan faktörlerin etkisi artarak devam ederse stres eğrisi de yukarıya doğru yükselerek normal davranıştan sapmanın ilk alarmı verilmeye başlamaktadır. İkinci aşama olan direnme aşamasında ise strese neden olan faktöre uyum sağlanarak her şey normal seyrinde devam etmekte ve tüketilen enerji kısa sürede yerine koyulmaktadır. Stresle başa çıkmak için parasempatik sinir sistemi devreye girmekte; kalp atım hızı, kan basıncı, solunum sayısı düzene girerek ve kas gerilimi azalmaktadır. Son aşama olan tükenme aşamasında parasempatik sinir sistemi aktif olmaktadır. Gerilim kaynakları ve yoğunluk düzeylerinde azalma olmadığı gibi daha da artma olduğunda bireyin stres ile baş etme gayreti bozulmakta, çabalamaktan vazgeçmekte ve fiziksel kaynakları kullanamaz hale gelerek tükenme aşamasına geçmektedir (154, 155).

2.8.1. Prenatal Stres

Gebelik, kadının hayatı boyunca yaşadığı en önemli yaşam dönemlerinden biridir. Kadınlar için fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan birçok zorluğu da beraberinde getirmektedir. Kadınlar gebelik sırasında ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal zorluklarla karşı karşıya kaldığında stres yaşamaktadır (156). Gebe kadınlar gebelikle ilgili belirsizlik, gebelikle başa çıkmama ve gebeliğe uyum sağlayamama korkusu gibi farklı duygular yaşayabilirler. Aynı zamanda, kadınların bebeğin hayatta kalması ve gelişimi hakkında endişe ve korku yaşadıkları bildirilmiştir (157). Fizyolojik, biyokimyasal, duygusal gerilimler, iç ve dış çatışma gibi tepkileri içeren stresin gebelik ve doğum süreci ile ilgili sebeplerden kaynaklandığında prenatal stres olarak ifade edilmektedir (158).

Prenatal dönemde yaşanılan stresin anne ve bebek sağlığını kısa ve uzun vadeli olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Prenatal dönemde artan stres annenin hipotalamus-hipofiz adrenal aksını uyararak hipotalamustan kortikotropin salgılatıcı hormonun (CRH) salınımını arttırmaktadır. CRH, hipofizden adrenokortikotropin hormonunun (ACTH) salınımını aktive etmektedir ve ACTH, adrenal bezden salgılanan kortizol ve norepinefrin hormonlarının düzeyini arttırmaktadır. Kortizol artışa bağlı olarak gelişen vazokonstrüksiyon uterin perfüzyon azalmaktadır. Aynı zamanda artan kortizol seviyesi plasental CRH ve oksitosinin salınımını etkileyerek serviksin olgunlaşmasına ve uterus kontraksiyonlarına neden olmaktadır. Bu durum fetusun oksijenasyonunun azalmasına, düşük doğum ağırlığına, erken doğum riskine ve erken doğuma yol açmaktadır (159, 160).

Aynı zamanda yaşanılan stres gebenin düzensiz antenatal takip, dengesiz ve yetersiz beslenme, alkol veya sigara kullanımı gibi olumsuz sağlık davranışlarına neden olabilmektedir (161). Uzun vadeli olumsuz etkilerine baktığımızda çocuklarda erken yaşta duygudurum bozukluklarına, dikkat eksikliğine, obeziteye, davranışsal ve bilişsel bozukluklara yatkınlığı arttırdığı düşünülmektedir (162). Kadınlarda ise yaşanılan stresin erken fark edilmesi ve uygun müdahalenin yapılmaması durumda ise postpartum depresyona dönüşebilmektedir (163). Bu nedenle prenatal stresin maternal-fetal iyilik halini olumsuz etkilemesi nedeniyle riskli grubların belirlenmesi anne ve bebek sağlığı için hayati öneme sahiptir.

2.8.2. Prenatal Stresi Etkileyen Faktörler

Prenatal dönemde yaşanan stresi etkileyen birçok faktör vardır. Spontan gebe kalan kadınların fetüsün sağlık durumu ve anneliğe uyum konusunda yaşadığı endişeler, gebeliğe bağlı meydana gelen fiziksel ve ruhsal semptomlar, beden imajı algısının bozulması gibi gebelik deneyimlerine ilişkin faktörler strese neden olabilmektedir. Obstetik özelliklere ilişkin faktörler arasında gebeliğin planlı olup olmaması, gebelik sayısı, doğum sayısı, çocuk sayısı, prenatal dönemde bakım alma durumu, gebelik kaybı yer almaktadır (164-167). Sosyodemografik özelliklere ilişkin faktörler ise gebenin yaşı, eğitim durumu, gelir düzeyi, partnerin olmaması, madde kullanım alışkanlıkları (sigara, alkol, uyuşturucu) yer almaktadır (168-170). Kadınlarda endişe ve stres yaratan en önemli faktörlerden biri de kadının anneliğe uyum sağlamaya çalışmasıdır. Spontan gebe kalan kadınların aksine fertilite sorunu yaşayan kadınların gebe olduğuna ve bir bebeğe sahip olabileceğine inanması zaman alabilmektedir.

Bravermen ve ark. (1998) tarafından yapılan bir çalışmada, YÜT ile gebe kalan ebeveynlerin yaklaşık üçte birinin "kendimi hala fertilite sorunu yaşayan bir kişi olarak görüyorum" ifadesinde bulundukları belirtilmiştir (171). Bu araştırmadan sonra ferilite sorunu yaşayan kadınların beklenen gebeliği elde etmesine rağmen fertilite sorununun yarattığı psikolojik etkileri ile mücadele içerisinde olabileceği fikri ele alınmıştır. Kadınlar bu süreçte infertil kimlikten anne kimliğine geçiş karmaşası, yüksek riskli gebelik geçirme ihtimali, fetüsün sağlık durumu ve gebeliğin devamlılığı gibi konularda stres yaşayabilmektedir (22). Gourunti ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada prenatal dönemde anksiyete, stres ve depresyon için psikolojik risk faktörleri değerlendirilmiş ve araştırma sonucunda IVF tedavisi sonrası gebe kalma risk faktörü olarak bildirilmiştir (172). Clark ve ark. (2014) tarafından yürütülen çalışmada Nepal'de gebelik döneminde yaşanılan psikolojik distres incelenmiş ve araştırma sonucunda bebeğin cinsiyetinin kız olması, fertilite sorunlarının yaşanması ve fiziksel sağlık sorunları durumunda annelerin prenatal dönemde daha fazla stres yaşadığı belirtilmiştir (173). Çoğu literatür ve araştırma bulguları fertilite tedavisi sonrası oluşan gebeliklerde anksiyete ve stresin spontan gebeliklere göre daha yüksek olduğunu belirtse de yapılan bir sistematik derlemede YÜT sonrası oluşan gebeliklerde anksiyete ve stres seviyeleri ile ilgili kanıtların belirsiz olduğuna yer verilmiştir.

2.8.3. Prenatal Stres ve Bağlanmada Hemşirelik Rolü

Prenatal dönemde bütüncül ve holistik bir bakım sağlanabilmesi için gebelerin fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve spiritüel yönden değelendirilmeleri önem taşımaktadır. American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG), prenatal dönemde istenmeyen sonuçları azaltmak ve önemli sorunları saptama olasılığını artırmak için her trimesterde en az bir kez psikososyal taramanın sağlanmasını önermektedir. Hemşireler, prenatal stres ve bağlanma problemleri açısından risk altında olabilecek kadınların belirlenmesinde kritik rol oynamaktadır (36, 174). Prenatal dönemde bağlanma ve stres birbiri ile ilişkilidir. Annelerin stres düzeyleri arttıkça prenatal bağlanma düzeyinde azalma yaşandığı görülmüştür (30). Prenetal dönemde ilk olarak kadınlar gebeliğe yönelik duygu ve düşüncülerini paylaşması için cesaretlendirilmelidir. Kadının gebelik süreci boyunca yaşayacağı fiziksel ve psikolojik değişiklerler hakkında bilgilendirilmesi ile gebeliğe uyumu arttırılmalıdır. Hemşireler annenin bebeğini hissetmesine, bedeninde yaşadığı değişiklikleri benimsemesine ve bunu bebeğe olumlu duygularla aktarmasına destek olmalıdırlar (175).

Gebe kalma şeklinin prenetal dönemde yaşanılan gebelik deneyimi üzerine etkisi göz önünde bulundurulmalıdır. Fertilite tedavisi sonucunda bebek sahibi olan çiftlerin ebeveynlik rollerinde yüksek beklentiler içinde olmaları psikolojik açıdan daha fazla stres yaşamalarına neden olabilmektedir (18). Zorlu fertilite tedavi sürecinin ardından psikolojik olarak bitkin durumdaki anneler hem kendisinin hem de fetüsün gereksinimlerini karşılaması konusunda desteklenmeli ve rol değişimlerine adapte edilmelidir. Fertilite tedavi desteği alan kadınların emzirmek için tek şansları olduğuna inandıkları ve bu nedenle içselleştirilmiş baskı yaşadıkları bilinmektedir (176). Sağlıklı bir gebelik ve bağlanma sürecinin geliştirilmesi ve sürdürülmesi için hemşireler anne ve babalara adaylarını bireyselleştirilmiş gebelik, emzirme ve doğuma hazırlık eğitimlerine yönlendirmelidir (29, 177).

Prenatal dönemde sosyal desteğin sağlanması prenatal stresin ve bağlanma problemlerinin önlenmesi için önemlidir. Özellikle gebenin eşi ile tüm aile bireylerine kadının hassas ve duygusal olmasının gebeliğe bağlı ortaya çıktığı ve bu süreçte desteğe ihtiyacı olduğu konusunda bilgilendirilme sağlanmalıdır (126, 170). Aynı zamanda gebeliğin planlı olmaması prenatal bağlanmayı azalttığı ve prenatal stresi arttırdığı

bilinmektedir. Bu nedenle prekonsepsiyonel bakımda hemşirelerin istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacıyla etkin ve yaygın olarak üreme sağlığı, cinsel yaşam, aile planlaması danışmanlığı hizmeti vermeleri gerekmektedir (148). Anne adayları ile stresle etkili başa çıkma yöntemleri keşfedilmelidir. Etkili başa çıkma yöntemleri arasında gevşeme ve nefes egzersizleri, spor, müzik, hayal etme, yoga, masaj, akupunktur, biyolojik feedback ve spiritüaliteye yönelme sayılabilir (175, 178)

Chehrazi ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada kadınların (n:200) spiritüel iyilik halinin prenatal stres, anksiyete ve başa çıkma üzerine olumlu etkisi bildirmiştir. Sağlık profesyonellerinin, prenatal dönemde kadınların sağlık bakım davranışlarını geliştirmek için spiritüalitenin faydaları konusunda farkında olması ve danışmanlık sağlanması önerilmiştir (39). Ayrıca Tork Zahrani ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada yüksek spiritüel iyilik halinin maternal-fetal bağlanma düzeyini pozitif yönde etkilediği ve bağlanma düzeyini arttırmada etkili bir strateji olarak prenatal dönemde spiritüel iyilik halinin güçlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir (179).

2.9. Spiritüalite

2.9.1. Spiritüalite ve Spiritüel İyilik Hali

Spiritüalite; latince kökenli “spirit” kelimesinden türemiştir. Ruhu yaşamla birleştirme, ilahi bir güç ile ilişki kurma çabası ve yaşamı hissetmek şeklinde tanımlanabilir. Ancak spiritüalite kavramının tam olarak Türkçe karşılığı bulunmamaktadır. Türk Dil Kurumu tarafından spiritüalite; maddi şeylerin ötesinde ruhsal ve soyut olan, tinsel anlamında kullanılan manevi şeyler ya da mecazi olarak kalp gücü ve moral anlamına gelen “maneviyat” olarak tanımlanmıştır (180, 181). Spiritüalite 12.yy’da bireylerin psikolojik yönünü açıklamak için kullanılırken 15. ve 16.yy’da din ve din adamlarının sorumluluklarını yansıtmak için kullanılmıştır. Günümüzde ise dini içerisini alan, dini inanç ve ritüeller ile sınırlandırılamayacak kadar kapsamlı bir kavram olarak ele alınmaktadır (182-184). Literatürde sıklıkla bireyin yaşama dair anlam ve amaç arayışı, bireysel inanç ve değerleri, bireyin kendisi ve çevresi ile bağlılığı, Tanrı ya da evren ile ilintili olma hali, hissedilen kuvvetli güç şeklinde birden çok tanıma yer verilmiştir. Kimliğin diğer tüm parçaları gibi doğumdan

itibaren var olan spiritüalite ruhsal, bilişsel ve davranışsal boyutları içermektedir (185-187).

DSÖ sağlığı bireyin yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil biyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel yönden iyi olması olarak tanımlamaktadır (188). Amerikan Holistik Hemşireler Birliği (AHNA) ise sağlığı beden, ruh ve beyin arasındaki uyum seviyesi şeklinde tanımlamaktadır (189). Bu tanımlamalar bir iyilik halinden söz edilebilmesi için bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal boyutları kadar spiritüel boyutunda önemli olduğunu vurgulamaktadır. Ellison (1983) spiritüel iyilik halini spiritüel sağlığın bir göstergesi olarak tanımlarken, Kamya (2000) spiritüel iyilik halini benlik saygısı ve kişinin zorluklarla, problemlerle etkin bir biçimde başa çıkabilmesi için güçlü bir etken olarak tanımlamaktadır. Spiritüel iyilik halinin pek çok faktörü bulunmaktadır. Üç önemli alt faktörün birleşimi ile spiritüel iyi oluşun net ifade edilebileceği düşünülmektedir. Bunlar aşkınlık, doğa ile uyum, anomi boyutlarıdır (190). Literatür incelendiğinde çalışmalarda spiritüelite sıklıkla kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklarda, onkoloji ve palyatif bakımda başa çıkma mekanizması olarak ele alınmıştır (191). Obstetri alanında ise, spiritüalite ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır ve daha çok fertilite tedavi süreci, riskli gebelikler, abortus sonrası doğum gibi durumlara odaklanılmaktadır (192-195).

2.9.2. Prenatal Dönem ve Spiritüalite

Gebelik kadının biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan değişimler yaşadığı ve bu değişimlere uyum sağladığı stresli bir dönemdir. Gebelik kadının yaşamındaki en stresli dönemlerden biri olduğu düşünüldüğünde, stres ile baş edebilmek için gerekli olan faktörleri değerlendirmek güzel bir gebelik deneyimi yaşaması açısından önemlidir (196). Son yıllarda gebeliğin spiritüel bir deneyim olduğu ve spiritüel iyilik halinin bir kadının doğum ve doğum sonrası döneme hazırlanması için gerekli olduğu görüşü öne çıkmaktadır (187, 197). Spiritüalite bireye hassas dönemlerinde güven, destek ve yön vermektedir (197). Spiritüel iylik hali, stresörler ile başa çıkmayı kolaylaştırmakta ve zihinsel sağlığı olumlu yönde etkileyerek psikolojik iyilik halini arttırmaktadır (198,199). Artan psikolojik iyilik hali gebelik dahil olmak üzere doğum sonrası dönemde, emzirme sürecinde, bebek bakımında, anne ve bebek bağlanmasında daha az sorun yaşanmasını sağlamaktadır (196).

Kadınların gebelik sürecinde annelik rolüne bağlı beklentileri ve deneyimleri; mutluluk, inanç ve umudun yanı sıra endişe ve korku da içermektedir. Kadınların spiritüel inanç ve değer yargıları, gebeliğini ve gelecekteki anne rolünü benimsemesine yardımcı olmaktadır (200). Spiritüel davranışların bireye bedensel ve ruhsal destek sağladığı, yaşanılan stres ve pozitif sağlık alışkanlıklarında bulunma üzerine pozitif etkisi bulunmaktadır. Spiritüalite ve alt boyutu olan dini değerler sigara, alkol ve madde kullanımnın olmaması, düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz yapma, sağlıklı beslenme davranışları gibi pozitif sağlık alışkanlıkları ile ilişkilendirilmektedir (201, 202).

Jesse ve Red (2004) tarafından yapılan çalışmada, spiritüel ve dini düzeyi yüksek olan gebelerin sağlık problemlerini daha az yaşadığı, sosyal destek ve benlik saygılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (202). Dolantin ve ark. (2017) tarafından her gebelik trimesterinden 150 kadın olmak üzere toplam 450 kadın ile yürütülen çalışmada spiritüel ve psikolojik iyilik halinin prenatal stres üzerine etkisi araştırılmıştır. Spiritüel ve psikolojik iyi oluşun prenatal stresi azaltmadaki etkisi saptanmıştır (203). Lucero ve ark. (2013) gebeliğin son trimesterinde olan 178 kadın ve partnerleri ile yürüttükleri çalışmalarında spiritüel iyilik halinin kadınlarda ve partnerlerinde azalan stresin güçlü bir göstergesi olduğu belirtilmiştir (204).

Gebelik ve doğum bir kadının yaşam döngüsünde geçmesi gereken varoluşsal bir dönem olarak tanımlanmaktadır (205). Nitekim tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kadının varoluşsal kimliği annelik ile özleştirilerek açıklanmaktadır. Anne olmak bir kadının "gerçek bir kadın" olduğunu göstermenin bir yolu olarak görülmektedir (206). Sarı (2014) tarafından yürütülen nitel çalışmada, ülkemizde anne olan kadının toplumda kabul gördüğü ve saygınlık kazandığı ancak anne olmayan kadının üretken toplumun dışına itildiği belirtilmiştir (207). Zorlu fertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınlarda gebeliğe uyumun zor olması ve yaşanılan değişimlerin daha beklenmedik, keskin olması nedeniyle yaşanılan stres artabilmektedir (15,121). Kadınlar bu stresli dönemlerden spiritüel ve kültürel değerleri aracılığıyla kendilerine, gebeliğe ve geleceğe ilişkin yeni anlamlar geliştirerek başa çıkabilirler. Spiritüalite hem yaşamı iyileştiren bir faktör hem de başa çıkma kaynağı olarak olumlu duyguların arttırılmasına ve olumsuz duyguların nötralize edilmesine yardımcı olmaktadır. Olumlu duygular arasında esenlik, mutluluk,

umut, iyimserlik, anlam ve amaç, yüksek benik saygısı ve yaşam üzerinde kontrol duygusu yer almaktadır (203, 208). Spiritüel değer ve inançlar yaşamın sınırlarını zorlayan deneyimlerle baş etme sürecinde önemli olduğu gibi infetil kimlikten anne kimliğine uyumu daha da kolaylaştırabilir (38, 202).

Literatürde spiritüel gereksinimler üzerine yapılmış çalışmalar genellikle doğum ve doğum sonrası dönemi içersede gebelik döneminde yaşamın anlam ve amacını bulmak için spiritüel gereksinimlere ihtiyaç duyulduğu ortaya konulmuştur. Spiritüel gereksinimler bireylerdeki spiritüel eksikliği giderecek veya spiritüel gücü arttıracak gereksinimlerdir. Bu gereksinimler umut ve güven, bağışlayıcılık, yaratıcılık, barış, sevgi, neşe, benlik saygısı, uyumlu ilişkiler, konuşma, yaşamın anlam ve amacını keşfetme isteği, dua etme ve ibadetler olarak tanımlanabilir. Bu gereksinimlerin karşılanması ile gebelik döneminde karşılaşılan problemlerin çözümüne, tanrı ile ilişki kurulmasına, zor seçimler karşısında rehberlik ve destek sağlamasına pozitif bir etki yarattığı ortaya konulmuştur (209-211).

Heidari ve ark. (2015) dini inanç ve spiritüalitenin gebelikte anksiyete ve stres düzeylerini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (209). Crowther ve Hall (2015) kadınların spiritüel yönlerinin gebeliği daha iyi anlamaya destek olduğunu ve kadınların bu yönde desteklenmesi gerektiğini belirtmiştir (192). Jesse ve ark. (2007) tarafından yürütülen nitel çalışmada spiritüalitenin gebelik dönemine etkisi araştırılmıştır. Çalışmadaki kadınların %47'si spiritüalitenin gebelik dönemini olumlu etkilediğini, %45'i spiritüalitenin etkisinin olmadığını, %5.4'ü etkisi konusunda kararsızlık belirtmiştir. Olumlu etki bildiren kadınlarda "rehberlik ve destek", "koruma, kutsama veya ödül", "tanrı ile iletişim", "güç ve güven", "zor ahlaki seçimlerde yardım" ve "genelleştirilmiş bir pozitif etki" olmak üzere altı tema ortaya çıkmıştır (212). Bu doğrultuda spiritüalitenin gebelik deneyimleri üzerine etkisini inceleyen az çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda prenatal dönemde hem koruyucu sağlık unsuru olan hem de gebeliğin anlamını keşfetmeye yardımcı olan spiritüel boyutun fiziksel, duygusal ve sosyal boyutlar kadar önemli olduğunu ve desteklenmesi gerektiğini vurgulanmaktadır.

2.9.3. Prenatal Dönemde Spiritüalite ve Hemşirenin Rolü

Spiritüel bakım sağlık hizmetlerinin temel birleşenlerinden biridir. Amerikan Tıp Kolejleri Birliği (AMMC), WHO ve Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCAHO) sağlık profesyonellerinin eğitiminde spiritüalitenin ele alınmasını önererek spiritüalite ve spiritüel bakıma dikkat çekmiştir (213). Florence Nightingale' in bireyin spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasını hemşirenin bir rolü olarak belirtmesi; Newman'ın spiritüaliteyi bireyin iyilik halini ve sağlığını etkileyen bir faktör olarak belirtmesi; hemşirelik kuramcılarının spritüaliteyi bakımın önemli bir parçası olarak bulduklarına işaret etmektedir (214, 216). Spiritüel bakım, holistik ve bütünsel bir felsefeyle temellendirilmiş, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının önemli bir uygulamasıdır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) hemşirelik bakımının spiritüel boyutunun hemşirelik disiplini için önemli olduğunu bildirmiştir (186). Benzer şekilde Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA)'nın 1988 yılında spiritüel boyutu "spiritüel sıkıntı" olarak hemşirelik tanılarına eklemesi spiritüel bakımın hemşirelik bakımındaki rolünü ortaya koymaktadır (217). Bu doğrultuda spiritüel bakım, sağlığın geliştirilip sürdürülmesi için hemşirelerin üstlendiği temel rollerden biridir. Prenatal dönemde spiritüel bakım; bireyin spiritüel bir varlık olduğunu benimseyerek, inanç ve değerlerine karşılık gelen bakımı sağlamayı, kültürel ve sosyal bağlamlarıyla dikkate almayı içerir (218).

Hemşirelerin spiritüel iyilik haline ve spiritüel bakımı etkileyen faktörlere karşı özenli olması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi şansını artırmaktadır (219, 220). Spiritüel bakımda hemşireler bireyin onur duygularını, değerlerini ve deneyimlerini anlamalı, bireye karşı nazik olmalı, bireyin stres ve gerginliklerini hafifletmeli ve spiritüel iyilik halini sağlamalıdır (221, 222) . Ülkemizde geliştirilen veya geçerlilik güvenilirliği yapılan bireyin spiritüel iyi oluşluk halini değerlendirmeyi sağlayan ölçüm araçları bulunmaktadır. Bunlar; Ekşi ve Kardaş'ın (2017) geliştirdiği "Spiritüel İyi Oluş Ölçeği", Şirin (2018) tarafından geliştirilen "Maneviyat Ölçeği", Demirci ve ark. (2017) tarafından geçerliliği yapılan "Beş Boyutlu İyi Oluş Modeli: PERMA Ölçeği"dir (190, 223, 224) .

Hemşirelerin bireylerin spiritüel iyilik hali düzeyini arttırmak ve spiritüel gereksinimlerine uygun bir bakım planlamak için yapılması gereken ilk aşama

değerlendirme aşamasıdır. Spiritüel gereksinimlerin tanımlanmasında Büssing ve Koenning'in (2010) "Spiritüel Gereksinimler Modeli", Post ve ark. (2000) tarafından geliştirilen "FICA" veya Anandarajah ve Hight'in (2001) HOPE değerlendirme araçları kullanılabilir (225-227). Spiritüel bakım için gerekli olan hemşirelik becerileri arasında iyi bir iletişim, empatik yaklaşım, güven duygusu, öz farkındalık, terapötik ilişki ve inançların kabulü yer almaktadır. Etkili bir spiritüel bakım kadınların duygu, düşünce ve deneyimlerini aktif dinlemeyi içermektedir (220). Kadınların gebelikle ilgili streslerini ve buna bağlı olarak tepkisel davranışlarını kültürel ve sosyal bağlamları göz önünde bulundurularak keşfedilmeli ve uygun başa çıkma stratejileri geliştirilmelidir. Kadının dini/kültürel inançlarına ve dua gibi eşlik eden ritüellerine saygı duymalıdır (228, 229)

Spiritüel kaynak sağlayan eş, arkadaş veya aileden gelen sosyal destek gereksinimleri sorgulanmalı ve bu doğrultuda desteklenmelidir. Bu sayede hem kadının annelik rolüne hazırlanması hem de prenatal stresin engellenmesi veya giderilmesi sağlanacaktır (209, 212, 229). Ülkemizde yapılan çalışmalarda hemşirelerin spiritüalite kavramlarıyla ilgili bilgi ve eğitimlerinin yetersiz olduğunu, bu konuya yönelik özel bir duyarlılık oluşturulması gerekteği bildirimiştir (230, 231).

Dolayısıyla bu çalışma, spontan veya yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik halinin prenatal stres ve bağlanma düzeyi ile ilişkisinin saptanmasıyla sağlık çalışanlarının konuya yönelik farkındalıklarının arttırılmasına, hemşirelik bakım kalitesinin ve etkinliğinin artmasına, gebelere spiritüel danışmalık gibi yeni hizmetleri planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma karşılaştırmalı-tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı

Araştırmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum poliklinikleri ve obstetri servislerinden örneklem kriterlerine uygun olan gönüllü spontan veya yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlar alınmıştır. Veriler, etik kurul izni ve kurum izini alındıktan sonra Kasım 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

Tablo1. Araştırmanın Planı

Haziran-Ağustos 2021	Tez önerisi hazırlanması
Eylül 2021	Tez önerisi sunumu ve kabulü
Eylül-Kasım 2021	Etik kurul onayı
	Araştırmanın yapılacağı kurum izninin alınması
Kasım 2021-Haziran 2022	Verilerin toplaması
Ağustos 2022	Verilerin analizi
Ağustos-Kasım 2022	Araştırma raporunun yazılması

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kasım 2021-Haziran 2022 tarihlerinde SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran gebeler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniklerine ve obstetri servislerine başvuran, örneklem kriterlerine uyan spontan veya yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlar oluşturmaktadır.

Araştırma örneklemi G-Power Data Analysis (3.0.1.) programı ile Saadat ve Öztürk Can'ın (2017) doğal yolla ve in vitro fertilizasyon ile gebe kalan gebelerin prenatal bağlanma düzeyi adlı çalışmasındaki gebe kadınların üçüncü trimesterdeki prenatal bağlanma düzeyi puan ortalamaları kullanılmıştır ve t-testi analizi sonuçlarına

göre etki büyüklüğü 0.80 hesaplanmıştır (232). Etki büyüklüğü 0.80 (kuvvetli) baz alınarak, %99 güç, 0.05 anlamlılık düzeyi ile araştırma için gerekli örneklem sayısı her bir grup için 56 katılımcı olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemi için minimum 112 katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Kasım 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında YÜT ile gebe kalan 87 kadın ve spontan gebe kalan 115 kadın olmak üzere 202 katılımcıya ulaşılmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18-49 yaş arasında olmak
- 14 ve üzeri gestasyonel haftada olmak
- Türkçe konuşuyor ve anlıyor olmak
- Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalmış olmak
- Spontan yolla gebe kalmış olmak

Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Araştırmaya katılmayı engelleyecek psikolojik ya da psikiyatrik tıbbi tanısının olması
- Riskli gebeliğe sahip olmak
- Fetüste Konjenital anomali bulunması

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Prenatal stres düzeyi, prenatal bağlanma düzeyi

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Spiritüel iyilik hali, spontan veya YÜT ile gebe kalma durumları

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama formları kullanılmıştır.

1. YÜT ile Gebe Kalan Kadınlar için Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek.2)
2. Spontan Gebe Kalan Kadınlar için Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek.3)
3. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (Ek.4)
4. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (Ek.5)
5. Prenatal Bağlanma Envanteri (Ek.6)

3.5.1. YÜT ile Gebe Kalan Kadınlar için Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek.2)

Araştırmacı tarafından YÜT ile gebe kalan kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgi edinebilmek amacıyla literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (49, 232). Bu formda tanıtıcı özellikleri içeren 13 soru, obstetrik özellikleri içeren 12 soru olmak üzere toplam 25 soru yer almaktadır.

3.5.2. Spontan Gebe Kalan Kadınlar için Tanıtıcı Bilgi Formu Ek.3)

Araştırmacı tarafından spontan gebe kalan kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgi edinebilmek amacıyla literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (49, 232). Bu formda tanıtıcı özellikleri içeren 13 soru, obstetrik özellikleri içeren 7 soru olmak üzere toplam 20 soru yer almaktadır.

3.5.3. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (Ek.4)

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ), Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından bireyin değer ve anlamları doğrultusunda; kişisel, toplumsal ve aşkın yönleriyle hayatı anlama ve yaşama süçlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte 29 madde ve üç alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutları şu şekildedir:

Aşkınlık: Bireyin ilahi güce olan bağlılığını belirlemek amacıyla toplam 15 maddeden (1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 29 numaralı maddeler) oluşmaktadır.

Doğayla uyum: Bireyin doğayla ve çevreyle olan uyum ilişkisini belirlemek amacıyla toplam 7 maddeden (2, 6, 10, 14, 18, 22 ve 28. maddeler) oluşmaktadır.

Anomi: Bireyin yaşamın anlam ve amacına yönelik olumsuz düşüncelerini belirleyen toplam 7 maddeden (3, 7, 11, 15, 19, 23 ve 26. maddeler) oluşmakta ve bu maddeler ters puanlanmaktadır.

Ölçek 5'li likert tipte olup, yetişkin bireylerin spiritüel iyi olma hallerini yansıtan 1 "bana hiç uygun değil", 2 "bana uygun değil", 3 "bana biraz uygun", 4 "bana oldukça uygun", 5 "bana tamamen uygun" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 29, en yüksek puan 145'dir. Ölçekten alınan toplam puan ve her bir alt boyutundan alınan puan arttıkça bireyin ilgili alt boyutun özelliğine sahip oluş düzeyide artmaktadır. Puanlar arttıkça spiritüel iyi oluş düzeyi artmaktadır. Ölçek puanlanırken alt boyutların ve toplam puanın ortalaması alınmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach's alfa değeri 0.88 iken aşkınlık alt boyutunun 0.95, doğayla uyum alt boyutunun 0.86 ve anomi alt boyutunun ise 0.85 olarak hesaplanmıştır (190). Bu araştırmada ise, ölçeğin toplam Cronbach's alfa değeri 0.740, aşkınlık alt boyutunun Cronbach's alfa değeri 0.785, doğayla uyum alt boyutunun 0.564 ve anomi alt boyutunun ise 0.762 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (Ek.5)

Pop ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilen "Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ)", gebelikteki distresin tanılanması amacıyla hazırlanmıştır. Ölçek 12 ve üzeri gestasyonel haftalarda uygulanabilinmekte ve 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçek iki alt boyuttan oluşmakta ve dörtlü likert tipte (0 "çok sık", 1 "oldukça sık", 2 "ara sıra", 3 "nadiren veya hiç") derecelendirilmektedir. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 48'tir. Ölçeğin kesme noktaları mevcuttur. Bu kesme noktaları; ölçeğin toplamı için 28 ve üzeri, olumsuz duygulanım alt boyutu için 22 ve üzeri, eş katılımı alt boyutu için 10 ve üzeridir. Ölçekten alınan puanın bu kesme noktalarının üzerinde olması gebelerin distres yaşadığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin türkçe uyarlamasını Çapık tarafından 2013 yılında gerçekleştirilmiş ve Cronbach's alfa katsayısı 0.83 olarak belirtilmiştir (155). Bu araştırmada ise, ölçeğin toplam Cronbach's Alpha değeri 0.745, olumsuz duygulanım alt boyutu için 0.776, eş katılımı alt boyutu için 0.646 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları şu şekildedir:

Olumsuz duygulanım: Olumsuz duygulanım alt boyutunda toplam 11 madde (3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16. maddeler) yer almaktadır**.** Bu alt boyutta maddeler ters kodlanmaktadır. Olumsuz duygulanım alt boyutundan alınabilecek en düşük puan

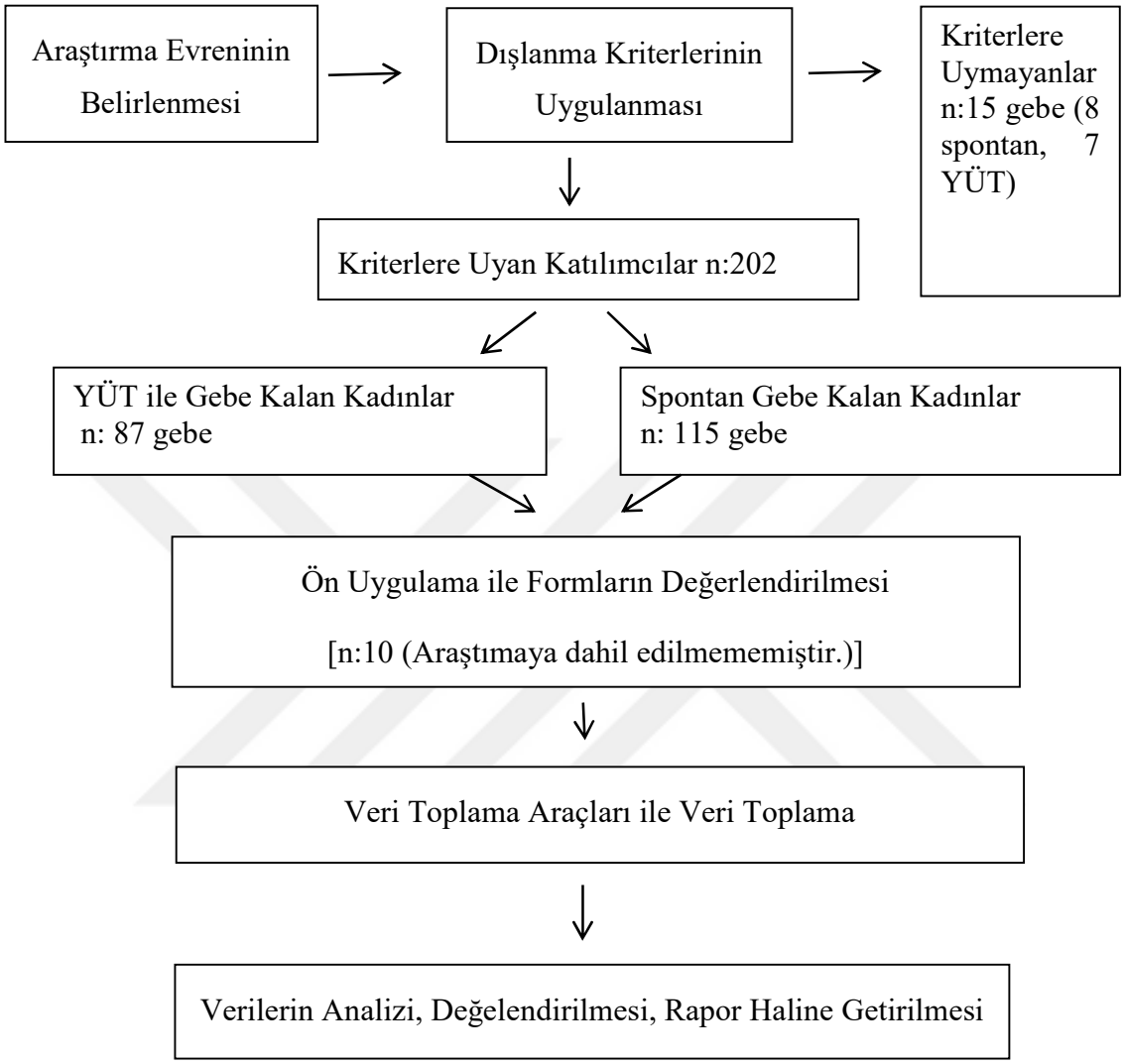
0, en yüksek puan 33'tür. Bu alt boyut puanının artması, gebelik distresinin arttığını göstermektedir.

Eş katılımı: Eş katılımı alt boyutunda toplam 5 madde (1, 2, 4, 8 ve 15. maddeler) yer almaktadır. Eş katılımı alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 15'tir. Eş katılımı alt boyut puanının artması yetersiz eş katılımının olduğunu göstermektedir.

3.5.5. Prenatal Bağlanma Envanteri (Ek.6)

Muller (1993) tarafından geliştirilen ve 1998 yılında revize edilen "Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)" gebelik boyunca kadınların yaşadığı düşünce, duygu ve durumları açıklamak ve annenin bebeğine prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması Dereli Yılmaz ve Beji Kızılkaya tarafından 2013 yılında gerçekleştirilmiş. Ölçek toplam 21 maddeden oluşmakta ve dörtlü likert tipte olup, her madde 1 "hiçbir zaman", 2 "bazen", 3 "sık sık", 4 "her zaman" şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 21, en yüksek 84 puan alınabilmektedir. PBE'nin kesme noktası bulunmamakta ve gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. Dereli Yılmaz ve Beji Kızılkaya (2013) tarafından Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0.84 olarak belirtilmiştir (233). Bu araştırmada ise ölçeğin toplam Cronbach's alfa değeri 0.743 olarak bulunmuştur.

Araştırmamızda kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik yapılmış olması, yalın bir dil kullanıldığı için anlaşılır olması ve ölçek maddelerinin araştırma sorularını karşılıyor olması sebebiyle tercih edilmiştir. Ayrıca ölçeklerin Cronbach's alfa değerlerinin 0.60'tan büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu ve içsel tutarlılığının iyi olduğunu göstermiştir. Araştırmanın akış şeması Şekil 1' de verilmiştir.



Şekil 1. Araştırmanın Akış Şeması

3.6. Veri Toplam Yöntemi

SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne Kasım 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında başvuran örneklem kriterlerine uyan spontan veya yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlara araştırmanın amacı açıklanmıştır. Gönüllü olarak katılmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izinleri alınmıştır. Veriler kadın doğum poliklinikleri ve obstetri servislerinde yüz yüze görüşme tekniği ile ortalama 15-20 dakikada toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler (free trial version) SPSS paket programı ile (Statistical Package for Social Sciences for Windows 25.0) analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde, medyan, ortalama, sandart sapma kullanılmıştır.

Grupların tanıtıcı özelliklerinin homojenliğini test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Ölçek ve boyutlarının normal dağılıma uyup uymadığının saptanması için Shapiro-Wilk testi yapılmıştır. Yapılan testler sonucunda normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre ölçeklerin değerlendirilmesinde nonparametrik testler kullanılmıştır.

Normal dağılıma sahip olmayan ölçekler de niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki farkı bulmak için Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Kruskal Wallis analizi sonucunda fark var bulunduğunda, fark yaratan grubu bulmak için ise Bonferroni düzeltme testi uygulanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi test etmek için Spearman korelasyon kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkarı

Çalışmanın Türkiye'nin batısındaki bir ilde, tek bir merkezde ve belli tarihler arasında ulaşılan gebeler ile yapılması nedeniyle araştırma sonuçlarının tüm evrene genellememesi bir sınırlılıktır.

3.9. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.11.2021 tarih ve 2021/31-20 karar no ile izin alınmıştır.

4.BULGULAR

Spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik halinin, prenatal stres ve bağlanma düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulgularına aşağıda yer verilmiştir. Bu bulgular;

1. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine, Obstetrik Özelliklerine ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların YÜT Tedavilerine İlişkin Bulgular
2. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
3. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarına ve Kesme Puanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
4. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Prenatal Bağlanma Envanterine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
5. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri Arasındaki İlişki Bulguları
6. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
7. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
8. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kesme Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
9. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Prenatal Bağlanma Envanterinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine, Obstetrik Özelliklerine ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların YÜT Tedavilerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan gebelerin tanıtıcı özeliklerine göre karşılaştırılması Tablo 2'de verilmiştir. Gebelerin gruplarının tanıtıcı özelikleri bakımından homojen olduğu görülmüştür ($p>0.05$). YÜT ile gebe kalan kadınların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; yaş ortalaması 28.91±16.06'dır. Yaşa göre dağılımları incelendiğinde gebelerin %54'ü 28 yaş ve üstü, %46'sı 27 yaş ve altındadır. Gebelerin %42.5'inin ilköğretim/ortaöğretim, %29.9'unun lise, %19.5'inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin %42.5'inin ilköğretim/ortaöğretim mezunu, %32.2'sinin lise mezunu, %23'ünün üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca gebelerin %85.1'inini çalışmadığı ve %93.1inin eşinin çalıştığı ve %56.3'ünün geliri giderine denk olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin %73.6'sının ilçede yaşadığı, % 88.5'inin çekirdek ailesinin olduğu ve %75.9'unun sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Gebelerin evlilik süresi ortalaması 6.15±4.15 olup, %52.9'unun 5 yıl ve altı, %47.1'nin 6 yıl ve üstü süredir evli oluğu saptanmıştır. YÜT ile gebe kalan kadınların %89.7'sı sigara kullanmadığı, %100'ünün alkol kullanmadığı ve %83.9'unun kronik hastalığının olmadığı tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olanların ise %50'si tiroidi, %21,4'ü guatr hastalığı olduğunu ifade etmiştir.

Sponton gebe kalan kadınların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; gebelerin yaş ortalaması 28.08±5.75'dir. Yaşa göre dağılımları incelendiğinde gebelerin %44.3'ü 28 yaş ve üstü, %55.7'si 27 yaş ve altındadır. Gebelerin %40.8'inin ilköğretim/ortaöğretim, %29.6'sının lise, %23.5'inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin %39.1'inin ilköğretim/ortaöğretim mezunu, %33'ününn lise mezunu, %24.4'ünün üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Ayrıca gebelerin %77.4'ünün çalışmadığı ve %97.4'ünün eşinin çalıştığı ve %60'ının geliri giderine denk olduğu saptanmıştır. Gebelerin %72.2'sinin ilçede yaşadığı, %80'inin çekirdek ailesinin olduğu ve %81.7'sini sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Gebelerin evlilik süresi ortalaması 6.29±6.45 olup, %55.7'sinin 5 yıl ve altı, %47.3'ünün 6 yıl ve üstü süredir evli oluğu saptanmıştır. Spontan gebe kalan kadınların %80'inin sigara kullanmadığı, %100'ünün alkol kullanmadığı ve %91.3'ünün kronik hastalığının olmadığı tespit

edilmiştir. Kronik hastalığı olanların ise %50'si tiroidi, %20si guatr hastalığı olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 2. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler		YÜT ile gebelik		Spontan gebelik		Test Değeri	p
		n	%	n	%		
Yaş	27 yaş ve altı	40	46.0	64	55.7	1.856**	0.173
	28 yaş ve üstü	47	54.0	51	44.3		
Yaş ortalaması ($\bar{X}$±SS)		28.91±6.06		28.08±5.75		0.992#	0.322
Eğitim durumu	Okuryazar	7	8.1	7	6.1	0.661**	0.882
	İlköğretim/ Ortaöğretim	37	42.5	47	40.8		
	Lise	26	29.9	34	29.6		
	Üniversite ve üzeri	17	19.5	29	23.5		
Eş eğitim durumu	Okuryazar	2	2.3	4	3.5	0.423**	0.936
	İlköğretim/ Ortaöğretim	37	42.5	45	39.1		
	Lise	28	32.2	38	33.0		
	Üniversite ve üzeri	20	23.0	28	24.4		
Çalışma durumu	Çalışıyor	13	14.9	26	22.6	1.868**	0.172
	Çalışmıyor	74	85.1	89	77.4		
Eş çalışma durumu	Çalışıyor	81	93.1	112	97.4	2.139**	0.144
	Çalışmıyor	6	6.9	3	2.6		
Gelir durumu	Gelir giderden düşük	32	36.8	29	25.2	5.013**	0.082
	Gelir gidere denk	49	56.3	69	60.0		
	Gelir giderden fazla	6	6.9	17	14.8		
Yaşanılan yer	İl	20	23.0	28	24.3	0.052**	0.974
	İlçe	64	73.6	83	72.2		
	Köy	3	3.4	4	3.5		
Aile tipi	Çekirdek aile	77	88.5	92	80.0	2.622**	0.105
	Geniş aile	10	11.5	23	20.0		
Sosyal güvence varlığı	Evet	66	75.9	94	81.7	1.039**	0.308
	Hayır	21	24.1	21	18.3		
Evlilik süresi	5 yıl altı	46	52.9	64	55.7	0.154**	0.695
	6 yıl ve üstü	41	47.1	51	44.3		
Evlilik süresi ortalaması ($\bar{X}$±SS)		6.15±4.15		6.29±6.45		-0.187#	0.852
Sigara kullanma durumu (n=32)	Evet	9	10.3	23	20.0	3.463**	0.063
	Hayır	78	89.7	92	80.0		
Alkol kullanma durumu	Evet	-	-	-	-	-	-
	Hayır	87	100.0	115	100.0		
Kronik hastalık varlığı	Evet	14	16.1	10	8.7	2.588**	0.108
	Hayır	73	83.9	105	91.3		
Toplam		**87**	**100.0**	**115**	**100.0**		
Var olan hastalık	Astım	2	14.3	2	20.0	0.686**	0.811
	Tiroid	7	50.0	5	50.0		
	Guatr	3	21.4	1	10.0		
	Diğer	2	14.3	2	20.0		
Toplam		**14**	**100.0**	**10**	**100.0**		

*p<0.05,**Ki Kare analizi, # Bağımsız Örneklem T testi

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 3'de verilmiştir. YÜT ile gebe kalan kadınların gebelik sayısının, doğum sayısının ve çocuk sayısının spontan gebe kalan kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derece az olduğu saptanmıştır. ($p<0.05$).

YÜT ile gebe kalan kadınların gebelik sayısı %47.2'sinde bir, %35.6'sında iki, %12.6'sında üç ve %4.6'sında dört ve üzerinde gebelik gözlemlenirken; spontan gebeliklerde %36.6'sının bir gebelik sayısı, %21.7'sinin iki, %20'sinde üç gebelik ve %21.7'sinde dört ve daha fazla gebelik gözlemlenmiştir. YÜT ile gebe kalan kadınların %72,4'ünde doğum yaşanmaz iken; spontan gebeliklerde %44.3'ünde doğum yaşanmadığı gözlemlenmiştir. YÜT ile gebe kalan kadınların çocuk sayısı incelendiğinde ise %72,4'ünde yaşayan bir çocuk olmadığı; spontan gebeliklerde %44.3'ünde yaşayan bir çocuk olmadığı saptanmıştır. Gebelik kaybı ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Gebelik haftası ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve YÜT ile gebe kalan kadınların %60.9'unun 28 hafta ve altı, spontan gebe kalan kadınların %23.5'inin 28 hafta ve altı gebelik haftası olduğu gözlemlenmiştir ($p>0.05$). Gebelik türü ile grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve YÜT ile gebe kalan kadınların %84.4'ünün tekil gebelik, spontan gebe kalan kadınların %99.1'inin tekil gebelik yaşadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 3. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler		YÜT ile gebelik		Spontan gebelik		Test Değeri	p
		n	%	n	%		
Gebelik sayısı	Bir	41	47.2	42	36.6	16.364**	**0.001***
	İki	31	35.6	25	21.7		
	Üç	11	12.6	23	20.0		
	Dört ve üzeri	4	4.6	25	21.7		
Gebelik sayısı ortalaması ($\bar{X}$±SS)		1.78±0.97		2.37±1.37		-3.591#	0.000*
Doğum sayısı	Yok	63	72.4	51	44.3	19.376**	**0.000***
	Bir	18	20.7	33	28.7		
	İki	5	5.7	21	18.3		
	Üç ve üzeri	1	1.2	10	8.7		
Doğum sayısı		0.38±0.77		0.93±1.03		-4.356#	0.000*
Çocuk sayısı	Yok	63	72.4	51	44.3	20.468**	**0.000***
	Bir	19	21.8	33	28.7		
	İki	4	4.6	21	18.3		
	Üç ve üzeri	1	1.1	10	8.7		
Çocuk sayısı ortalaması ($\bar{X}$±SS)		0.37±0.75		0.93±1.03		-4.489#	0.000*
Gebelik kaybı	Evet	27	31.0	33	28.7	0.130**	0.719
	Hayır	60	69.0	82	71.3		
Gebelik haftası	28 hafta ve altı	53	60.9	27	23.5	**29.028****	**0.000**
	29 hafta ve üstü	34	39.1	88	76.5		
Gebelik haftası ortalaması ($\bar{X}$±SS)		24.68±8.33		31.43±6.33		-6.305#	0.000*
Gebelik türü	Tekil	76	87.4	114	99.1	**12.288****	**0.000**
	Çoğul	11	12.6	1	0.1		

*p<0.05, **Ki kare analizi, # Bağımsız örneklem t testi

YÜT ile gebe kalan kadınların YÜT tedavisine ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 4'de verilmiştir. Gebelerin infertilite nedeninin %58.6'ünün kadın faktörlü ve %18.3'inin erkekten faktörlü olduğu saptanırken %23.0'nın sebebinin açıklanamadığı saptanmıştır. Gebelerin bebek sahibi olmak istenilen süre ortalaması 4.02±3.38 yıl olup, yarısından fazlasının (%59.8) 3 yıl ve altı süredir bebek sahibi olmak istedikleri saptanmıştır. Gebelerin tedavi süre ortalaması 4.02±3.38 yıl olup, yarısından fazlasının (%57.2) 1 yıl ve altı tedavi gördüğü belirlenmiştir. Ayrıca gebelerin %46'sı bir kez, %35.6'sı iki kez ve %18.4'ü üç ve daha fazla kez gebe kaldığını ifade etmiştir. Gebelerin bir kısmı daha önce tedavi aldıklarını ifade ederken (%54.0), en çok alınan tedavinin IVF (%31.9) ve IUI (%27.7) tedavisi olduğu tespit edilmiştir. Şimdiki gebeliklerinde aldıkları tedavileri incelendiğinde ise %37.9'unun IVF; %27.6'sının hormon ve %19.5'inin IUI tedavisi aldığı görülmüştür.

Tablo 4. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların YÜT Tedavilerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Değişkenler		YÜT ile gebelik	
		n	%
İnfertilite tipi	Primer İnfertilite	41	47.2
	Sekonder İnfertilite	46	52.8
İnfertilite nedeni	Kadın Faktörlü	51	58.6
	Erkek Faktörlü	16	18.3
	Sebebi açıklanamayan	20	23.0
Bebek sahibi olmak istenilen süre	3 yıl ve altı	52	59.8
	4 yıl ve üstü	35	40.2
Bebek sahibi olmak istenilen süre ortalaması ($\bar{X}$±SS)		4.02±3.38	
İnfertilite tedavi süresi	1yıl ve altı	50	57.2
	2 yıl ve üstü	37	42.5
İnfertilite tedavi süresi ortalaması ($\bar{X}$±SS)		2.00±1.98	
Gebe kalınan tedavi sayısı	Bir	40	46.0
	İki	31	35.6
	Üç ve üstü	16	18.4
Gebe kalınan tedavi sayısı ortalaması (X±SS)		2.01±1.51	
Toplam		**87**	**100.0**
Daha önce kullanılan tedavi	Hormon Tedavisi	9	19.1
	IUI	13	27.7
	IVF	15	31.9
	Hormon Tedavisi ve IUI	4	8.5
	IVF ve IUI	5	10.6
	IVF ve Tubal Cerrahi	1	2.1
Toplam		**47**	**100.0**
Şimdi kullanılan tedavi	Hormon Tedavisi	24	27.6
	IUI	17	19.5
	Tubal Cerrahi	2	2.3
	IVF	33	37.9
	Hormon Tedavisi ve Tubal Cerrahi	2	2.3
	Tubal Cerrahi ve IVF	1	1.1
	IVF ve IUI	4	4.6
	Varikosel	2	2.3
	Varikosel ve IUI	1	1.1
	Hormon Tedavisi ve IUI	1	1.1
Toplam		**87**	**100.0**

*p<0.05

4.2. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Gebe gruplarının Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve alt boyut toplam puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 5'de verilmiştir. Gebelerin gruplarının SİOÖ alt boyut puan ortalaması ve toplam puan ortalamalarına göre karşılaştırmak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, gebelerin

gruplarına göre SİOÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0.05).

Tablo 5. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

		Min	Max	Mdn	$\bar{X}$	SS	Mann Whitney U	p
Aşkınlık Alt Boyutu	YÜT ile gebelik	45,00	75,00	70,00	68,05	6,86	4394.500	0.138
	Spontan gebelik	43,00	75,00	69,00	67,07	6,87		
Doğayla Uyum Alt Boyutu	YÜT ile gebelik	21,00	35,00	33,00	31,99	3,06	4322.500	0.091
	Spontan gebelik	19,00	35,00	33,00	32,60	2,94		
Anomi Alt Boyutu	YÜT ile gebelik	8,00	35,00	25,00	24,48	6,31	4822.500	0.661
	Spontan gebelik	7,00	35,00	24,00	24,25	6,24		
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	YÜT ile gebelik	87,00	143,00	126,00	124,52	12,00	4489.500	0.212
	Spontan gebelik	104,00	145,00	124,00	123,92	9,02		

*p<0.05

4.3. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarına ve Kesme Puanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Gebe gruplarının Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve alt boyut toplam puan ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 6'da verilmiştir. Gebelerin gruplarının Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına göre karşılaştırılmak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, gebelerin gruplarına göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0.05).

Tablo 6. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

		Min	Max	Mdn	$\bar{X}$	SS	Mann Whitney U	p
Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu	YÜT ile gebelik	1.00	31.00	11.00	12.44	7.34	4618.000	0.349
	Spontan gebelik	0.00	30.00	10.00	11.46	7.08		
Eş Katılımı Alt Boyutu	YÜT ile gebelik	0.00	15.00	3.00	3.36	3.39	4929.000	0.856
	Spontan gebelik	0.00	12.00	3.00	3.38	3.17		
Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği	YÜT ile gebelik	1.00	39.00	15.00	15.79	8.41	4642.000	0.380
	Spontan gebelik	0.00	37.00	14.00	14.84	8.09		

*p<0.05

Gebelerin Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve alt boyutlarının kesme noktarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 7'de verilmiştir. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve alt boyutlarının kesme noktalarına göre YÜT ile gebe kalan kadınlar ile spontan gebe kalan kadınlar arasında distres yaşama durumları istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0,05). Ancak TGDÖ kesme puanına göre YÜT grubundaki gebelerin %12,6'sında, spontan gebelerin ise %9.6'sında prenatal distres yaşandığı saptanmıştır. Eş katılım alt boyutu kesme puanına göre YÜT ile gebe kalanların %5.7'si, spontan gebe kalan kadınların ise %7.8'i yetersiz eş kalımı bildirmiştir. Olumsuz duygulanım alt boyutu kesme puanına göre YÜT ile gebe kalanların % 13.8'i, spontan gebe kalan kadınların ise %11.3'ü olumsuz duygulanım yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 7. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kesme Noktarına Göre Karşılaştırılması

	TGDÖ Kesme Noktaları	YÜT ile gebelik		Spontan gebelik	
		n	%	n	%
Olumsuz Duygulanım Alt Boyutu	Distres yok (≤ 21 puan)	75	86.2	102	88.7
	Distres var (22 puan>)	12	13.8	13	11.3
x²		0.283			
p		0.595			
Eş katılım Alt Boyutu	Distres yok (≤9 puan)	82	94.3	106	92.2
	Distres var (10 puan>)	5	5.7	9	7.8
x²		0.332			
p		0.565			
Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği	Distres yok (≤27puan)	76	87.4	104	90.4
	Distres var (28 puan>)	11	12.6	11	9.6
x²		0.484			
p		0.487			

*p<0.05, x²: Ki kare testi

4.4. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Prenatal Bağlanma Envanterine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Gebe gruplarının Prenatal Bağlanma Envanterine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 8'de verilmiştir. Gebelerin gruplarının Prenatal Bağlanma Envanterine göre karşılaştırmak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda, gebelerin gruplarına göre Prenatal Bağlanma Envanter puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0.05). Spontan gebe kalan kadınların PBE toplam puan ortlamasının, YÜT ile gebe kalan kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Gruplarının Prenatal Bağlanm Envanterine Göre Karşılaştırılması

		Min	Max	Mdn	$\bar{X}$	SS	Mann Whitney U	p
Prenatal Bağlanma Envanteri	YÜT ile gebelik	44.00	84.00	67.00	66.24	8.88	3883.000**	**0.006***
	Spontan gebelik	42.00	84.00	70.00	69.72	7.98		

*p<0.05

4.5. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Alt Boyutları, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Alt Boyutları ve Prenatal Bağlanma Envanteri Arasındaki İlişki

YÜT ile gebe kalan kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve alt boyutları ile Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve alt boyutları ve Prenatal Bağlanma Envanteri arasındaki ilişki Tablo 9'da verilmiştir. YÜT ile gebe kalan kadınların ölçekleri arasındaki ilişkiyi test etmek için Spearman korelasyon uygulanmıştır. Bunun sonucunda, SİOÖ anomi alt boyutu ile Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (r=-0.419, p<0.05) ve TGDÖ olumsuz duygulanım alt boyutu (r=-0.405, p<0.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. YÜT ile gebe kalan kadınlarda spiritüel iyilik hali arttıkça prenetal distres ve olumsuz duygulanım yaşanma durumu azalmaktadır. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (r=-0.256, p<0.05) ve TGDÖ olumsuz duygulanım alt boyutu (r=-0.219, p<0.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve düşük düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. YÜT ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik hali arttıkça prenatal distres düzeyi azalmaktadır. TGDÖ eş katılımı alt boyutu ile PBE arasında (r=-0.374, p<0.05) istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. YÜT ile gebe kalan kadınlarda prenatal sürece olan yetersiz eş katılımı arttıkça prenatal bağlanma azalmaktadır.

Tablo 9. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri Arasındaki İlişki

		2	2.a	2.b	3
1- Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	**r**	**-0.256***	**-0.219***	-0.114	0.018
	p	**0.017**	**0.042**	0.293	0.870
1.a- Aşkınlık Alt Boyutu	**r**	-0.034	0.006	-0.015	0.123
	P	0.756	0.955	0.888	0.256
1.b- Doğayla Uyum Alt Boyutu	**r**	-0.097	-0.086	0.006	0.167
	p	0.369	0.431	0.955	0.122
1.c- Anomi Alt Boyutu	**r**	**-0.419****	**-0.405****	-0.143	-0.158
	p	**0.000**	**0.000**	0.187	0.143
2- Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği	**r**	1.000			0.006
	p				0.956
2.a- Olumsuz Alt Duygulanım Boyutu	**r**		1.000	0.086	0.150
	p			0.430	0.166
2.b- Eş Katılımı Alt Boyutu	**r**			1.000	**-0.374****
	p				**0.000**
3- Prenatal Bağlanma Envanteri	**r**				1.000
	p				

*p<0.05, r: Spearman korelasyon

Spontan gebe kalan kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve alt boyutları, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve alt boyutları ve Prenatal Bağlanma Envanteri arasındaki ilişkisi Tablo 10'da verilmiştir. Spontan gebe kalan kadınların ölçekleri arasındaki ilişkiyi test etmek için Spearman korelasyon uygulanmıştır. Bunun sonucunda, SİOÖ doğayla uyum alt boyutu ile Prenatal Bağlanma Envanteri arasında ($r=0.287$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Gebelerin doğa ve çevre ile uyumları arttıkça prenatal bağlanma düzeyi artmaktadır. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği anomi alt boyutu ile Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ($r=-0.304$, $p<0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca Spiritüel İyi Oluş Ölçeği anomi alt boyutu ile TGDÖ olumsuz duygulanım alt boyutu arasında ($r=-0.288$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Eş katılımı alt boyutu ile PBE arasında ($r=-0.274$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Spontan gebe kalan kadınlarda prenatal sürece olan yetersiz eş katılımı arttıkça prenatal bağlanma azalmaktadır.

Tablo 10. Spontan Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri Arasındaki İlişki

		2	2.a	2.b	3
1- Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	r	-0.131	-0.070	-0.174	0.160
	p	0.162	0.459	0.062	0.088
1.a- Aşkınlık Alt Boyutu	r	0.107	0.168	-0.113	0.050
	P	0.254	0.073	0.227	0.597
1.b- Doğayla Alt Uyum Boyutu	r	-0.039	0.023	-0.156	**0.287****
	p	0.678	0.804	0.096	0.002
1.c- Anomi Alt Boyutu	r	**-0.304****	**-0.288****	-0.108	0.124
	p	**0.001**	**0.002**	0.252	0.186
2- Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği	r	1.000			-0.024
	p				0.003
2.a- Olumsuz Alt Duygulanım Boyutu	r	0.917**	1.000	0.042	0.094
	p	0.000		0.655	0.318
2.b- Eş Katılımı Alt Boyutu	r	0.393**		1.000	**-0.274****
	p	0.000			**0.003**
3- Prenatal Bağlanma Envanteri	r				1.000
	p				

* p<0.05, r: Spearman korelasyon

4.6. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

YÜT ile gebe kalan kadınların tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanları karşılaştırılma sonuçları Tablo 11'de verilmiştir. Sonuçlara göre; YÜT ile gebe kalan kadınların yaşına göre aşkınlık, doğayla uyum, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). YÜT ile gebe kalan kadınların eğitim durumlarına göre aşkınlık, doğayla uyum alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (p<0,05). Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine (Bonferroni) göre aşkınlık ve doğayla uyum alt boyutları için lise mezunlarının okuryazar olanlara göre daha yüksek puanı olduğu; SİOÖ için lise mezunlarının okuryazar olanlara ve ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek puanı

olduğu görüldü. Ancak anomi alt boyutu için gebelerin eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0,05).

YÜT ile gebe kalan kadınların eşinin eğitim durumuna göre aşkınlık, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). Ancak doğayla uyum alt boyutu için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görüldü. Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine (Bonferroni) göre üniversite mezunların puanları lise mezunlarından ve okuryazar olanlardan daha yüksektir. YÜT ile gebe kalan kadınların çalışma durumuna göre aşkınlık, doğayla uyum, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). YÜT ile gebe kalan kadınların eşinin çalışma durumuna göre aşkınlık, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05). Ancak gebelerin eşinin çalışma durumuna göre doğayla uyum alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,05). Ancak çalışmayanların çalışanlara göre daha yüksek doğayla uyum puanı olduğu görülmüştür.

YÜT ile gebe kalan kadınların gelir durumuna göre aşkınlık alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). Ancak gebelerin gelir durumuna göre doğayla uyum, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,05). Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine Bonferroni göre doğayla uyum alt boyutu için gelir durumu düşük olanların puanları geliri giderine eşit olanlardan ve geliri giderinden yüksek olanların daha düşük puan aldığı görülmüştür. Anomi alt boyutu ve iyi oluş puanları için ise gelir durumu düşük olanların puanları geliri giderine eşit olanlardan daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir. YÜT ile gebe kalan kadınların yaşadığı yere göre aşkınlık, doğayla uyum alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). Ancak gebelerin yaşadığı yere göre anomi alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,05). İlçede yaşayanların köyde yaşayanlara göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir.

YÜT ile gebe kalan kadınların aile tipine göre aşkınlık, doğayla uyum, anomi alt boyutları ve SİOÖ çeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05). YÜT ile gebe kalan kadınların sosyal güvence varlığına göre aşkınlık, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Ancak doğayla uyum alt boyutu için gebelerin sosyal güvencesinin olup olmamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ve sosyal güvencesi olanların puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. YÜT ile gebe kalan kadınların evlilik süresine göre doğayla uyum, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Ancak gebelerin evlilik süresine göre aşkınlık puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (p<0,05). Altı yıl ve daha fazla süredir evli olanların 5 yıldan az evli olanlara göre daha yüksek puan almıştır.

YÜT ile gebe kalan kadınların sigara kullanma durumuna göre anomi alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Ancak gebelerin sigara kullanma durumuna göre aşkınlık, doğayla uyum alt boyutu ve SİOÖ ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (p<0,05). Sigara kullanmayanların puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. YÜT ile gebe kalan kadınların kronik hastalık varlığına göre aşkınlık, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Ancak gebelerin kronik hastalık varlığına göre doğayla uyum puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (p<0,05). Kronik hastalıkları olanların olmayanların göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir.

YÜT ile gebe kalan kadınların gebelik sayısına göre aşkınlık, doğayla uyum, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). YÜT ile gebe kalan kadınların doğum sayısına göre doğayla uyum, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0,05). Ancak gebelerin doğum sayısına göre aşkınlık alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre bir doğum yapanların iki doğum yapanlara göre puanları daha yüksektir. YÜT ile gebe kalan kadınların çocuk sayısına göre doğayla uyum, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır

(p>0,05). Ancak gebelerin çocuk sayısına göre aşkınlık alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve Bonferroni çoklu karşılaştırma testine göre bir çocuğa sahip olanların iki çocuğa sahip olanlara göre puanları daha yüksektir. YÜT ile gebe kalan katılımcılarının gebelik kaybına, gebelik haftasına, gebelik türüne göre aşkınlık, doğayla uyum, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p<0.05).

Tablo 11. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Karşılaştırılması

Değişkenler		Spiritüel İyi Oluş Ölçeği																			
		Aşkınlık Alt Boyutu					Doğayla Uyum Alt Boyutu					Anomi Alt Boyutu					Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Toplam Puan				
		Min	Maks	Mdn	$\overline{X}$	SS	Min	Maks	Mdn	$\overline{X}$	SS	Min	Maks	Mdn	$\overline{X}$	SS	Min	Maks	Mdn	$\overline{X}$	SS
Yaş	27 yaş ve altı	57.00	75.00	70.00	68.80	4.75	25.00	35.00	33.00	31.98	2.70	8.00	34.00	25.00	23.95	6.42	99.00	141.00	126.00	124.73	9.70
	28 yaş ve üstü	45.00	75.00	71.00	67.40	8.24	21.00	35.00	33.00	32.00	3.36	8.00	35.00	26.00	24.94	6.26	87.00	143.00	128.00	124.34	13.77
U		906.500					868.0					869.500					883.500				
p		0.774					0.533					0.547					0.630				
Eğitim durumu	Okuryazar (1)	53.00	74.00	61.00	63.57	8.00	26.00	34.00	28.00	29.14	2.85	8.00	31.00	19.00	19.00	8.70	99.00	125.00	115.00	111.71	10.47
	İlköğretim/ Ortaöğretim (2)	53.00	75.00	69.00	67.76	5.84	24.00	35.00	32.00	31.73	2.81	8.00	35.00	24.00	23.62	6.20	94.00	143.00	125.00	123.11	11.70
	Lise (3)	62.00	75.00	72.00	71.65	2.99	25.00	35.00	33.50	33.15	2.41	11.00	35.00	27.00	26.08	6.17	113.00	140.00	132.00	130.88	7.30
	Üniversite ve üzeri (4)	45.00	75.00	70.00	65.00	9.90	21.00	35.00	33.00	31.94	3.82	17.00	35.00	27.00	26.18	4.22	87.00	138.00	126.00	123.12	14.06
KW		**10.403**					**11.631**					6.934					**16.835**				
p		**0.015***					**0.009***					0.074					**0.001***				
Bonferroni		**3>1**					**3>1**										**3>1. 3>2**				
Eş eğitim durumu	Okuryazar (1)	60.00	67.00	63.50	63.50	4.95	26.00	28.00	27.00	27.00	1.41	17.00	28.00	22.50	22.50	7.78	103.00	123.00	113.00	113.00	14.14
	İlköğretim/ Ortaöğretim (2)	57.00	75.00	70.00	69.30	4.82	25.00	35.00	33.00	32.05	2.83	8.00	34.00	25.00	24.92	6.07	99.00	143.00	128.00	126.27	9.43
	Lise (3)	45.00	75.00	70.00	67.07	8.31	21.00	35.00	32.00	31.14	3.42	8.00	35.00	24.00	22.36	6.69	87.00	141.00	124.50	120.57	14.87
	Üniversite ve üzeri (4)	50.00	75.00	71.50	67.55	7.90	27.00	35.00	34.50	33.55	2.06	11.00	35.00	27.50	26.85	5.52	101.00	141.00	130.00	127.95	10.18
KW		1.862					**13.052**					6.327					5.455				
p		0.601					**0.005***					0.097					0.141				
Bonferroni							**4>1.3**														
Çalışma durumu	Çalışıyor	45.00	75.00	70.00	65.08	9.78	21.00	35.00	33.00	31.92	3.99	16.00	35.00	28.00	26.85	5.24	87.00	140.00	126.00	123.85	14.92
	Çalışmıyor	53.00	75.00	70.00	68.57	6.15	24.00	35.00	33.00	32.00	2.90	8.00	35.00	25.00	24.07	6.42	94.00	143.00	126.50	124.64	11.54
U		376.500					453.500					359.500					472.500				
p		0.211					0.739					0.147					0.919				

Tablo 11. (Devam) YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Karşılaştırılması

Eş çalışma durumu	Çalışıyor	45.00	75.00	70.00	68.26	6.74	21.00	35.00	33.00	32.19	2.95	8.00	35.00	25.00	24.41	6.29	87.00	143.00	127.00	124.85	11.93
	Çalışmıyor	53.00	73.00	67.50	65.17	8.50	25.00	35.00	28.50	29.33	3.61	15.00	34.00	26.00	25.50	7.09	102.00	139.00	117.50	120.00	13.27
U		183.000					**127.5000**					219.500					181.000				
p		0.313					**0.049***					0.693					0.299				
Gelir durumu	Gelir giderden düşük (1)	53.00	75.00	68.00	67.22	6.31	24.00	35.00	32.00	30.63	3.44	8.00	33.00	23.00	22.34	6.08	95.00	143.00	121.50	120.19	10.97
	Gelir gidere denk (2)	45.00	75.00	71.00	68.22	7.43	21.00	35.00	33.00	32.61	2.60	8.00	35.00	27.00	25.73	6.05	87.00	141.00	130.00	126.57	12.33
	Gelir giderden fazla (3)	64.00	75.00	72.00	71.00	4.05	33.00	35.00	34.50	34.17	0.98	11.00	33.00	27.50	25.67	7.69	119.00	140.00	130.50	130.83	7.94
K W		2.176					**10.823**					**6.762**					**10.824**				
p		0.337					**0.004***					**0.034***					**0.004***				
Bonferroni							**2>1. 3>1**					**2>1**					**2>1**				
Yaşanılan yer	İl (1)	53.00	75.00	70.00	67.35	6.99	26.00	35.00	33.00	32.65	2.50	8.00	33.00	22.50	22.40	6.16	94.00	139.00	126.50	122.40	12.56
	İlçe (2)	45.00	75.00	70.50	68.45	6.95	21.00	35.00	33.00	31.91	3.20	8.00	35.00	27.00	25.38	6.22	87.00	143.00	127.50	125.73	11.79
	Köy (3)	62.00	65.00	65.00	64.00	1.73	27.00	32.00	29.00	29.33	2.52	16.00	25.00	17.00	19.33	4.93	108.00	116.00	114.00	112.67	4.16
KW		3.362					3.734					**6.362**					5.149				
p		0.186					0.155					**0.042***					0.076				
Bonferroni												**2>3**									
Aile tipi	Çekirdek aile	45.00	75.00	70.00	67.73	7.16	21.00	35.00	33.00	32.01	3.15	8.00	35.00	26.00	24.57	6.54	87.00	143.00	126.00	124.31	12.70
	Geniş aile	67.00	75.00	70.00	70.50	2.95	28.00	35.00	32.00	31.80	2.35	19.00	31.00	24.00	23.80	4.32	120.00	132.00	126.50	126.10	3.48
U		333.500					332.000					328.500					369.500				
p		0.491					0.473					0.451					0.836				
Sosyal güvence varlığı	Evet	45.00	75.00	70.00	67.94	7.33	21.00	35.00	33.00	32.41	2.95	8.00	35.00	26.50	25.02	6.47	87.00	143.00	128.00	125.36	12.60
	Hayır	58.00	75.00	69.00	68.38	5.22	25.00	35.00	31.00	30.67	3.10	9.00	31.00	23.00	22.81	5.59	99.00	134.00	123.00	121.86	9.68
U		658.000					**442.000**					523.500					514.500				
p		0.727					**0.011***					0.092					0.076				
Evlilik süresi	5 yıl ve altı	45.00	75.00	69.00	67.04	6.94	21.00	35.00	33.00	31.83	3.23	8.00	35.00	25.00	24.46	6.20	87.00	139.00	125.50	123.33	10.78
	6 yıl ve üstü	53.00	75.00	73.00	69.17	6.66	24.00	35.00	33.00	32.17	2.89	8.00	35.00	26.00	24.51	6.52	94.00	143.00	129.00	125.85	13.25
U		**701.500**					898.000					918.500					763.500				
p		**0.039***					0.697					0.835					0.127				

Tablo 11. (Devam) YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Karşılaştırılması

Sigara kullanma durumu	Evet	53.00	71.00	66.00	64.22	6.57	24.00	33.00	31.00	30.11	3.44	8.00	31.00	23.00	20.56	6.98	94.00	131.00	119.00	114.89	13.07
	Hayır	45.00	75.00	71.00	68.49	6.79	21.00	35.00	33.00	32.21	2.96	8.00	35.00	26.00	24.94	6.12	87.00	143.00	128.00	125.63	11.45
U		**193.000**					**203.500**					215.000					**168.500**				
p		**0.027***					**0.036***					0.058					**0.011***				
Kronik hastalık varlığı	Evet	50.00	75.00	73.50	69.64	8.22	27.00	35.00	34.00	33.00	2.66	8.00	33.00	24.00	23.00	6.83	94.00	140.00	130.00	125.64	13.49
	Hayır	45.00	75.00	70.00	67.74	6.58	21.00	35.00	33.00	31.79	3.11	8.00	35.00	26.00	24.77	6.22	87.00	143.00	126.00	124.30	11.79
U		344.000					**376.500**					429.000					448.500				
p		0.053					**0.114***					0.343					0.470				
Gebelik sayısı	Bir	50.00	75.00	69.00	67.63	6.42	27.00	35.00	33.00	32.22	2.32	8.00	35.00	25.00	24.44	6.55	99.00	139.00	126.00	124.29	10.20
	İki	45.00	75.00	71.00	69.16	6.85	21.00	35.00	33.00	31.71	3.91	14.00	35.00	25.00	24.74	6.13	87.00	143.00	129.00	125.61	13.46
	Üç	53.00	75.00	73.00	68.64	8.00	27.00	35.00	33.00	32.64	2.62	8.00	32.00	26.00	24.36	7.02	94.00	140.00	128.00	125.64	13.18
	Dört ve üzeri	53.00	69.00	63.00	62.00	7.07	26.00	33.00	30.50	30.00	3.56	17.00	28.00	24.00	23.25	5.19	102.00	130.00	114.50	115.25	14.82
KW		5.956					2.180					0.323					2.871				
p		0.114					0.536					0.956					0.412				
Doğum sayısı	Yok (1)	45.00	75.00	70.00	68.11	6.74	21.00	35.00	33.00	32.06	3.00	8.00	35.00	25.00	24.10	6.12	87.00	141.00	126.00	124.27	11.18
	Bir (2)	53.00	75.00	73.00	70.17	6.26	24.00	35.00	33.00	32.33	3.03	8.00	35.00	26.50	25.17	7.06	94.00	143.00	130.00	127.67	13.68
	İki (3)	57.00	69.00	60.00	62.60	5.13	26.00	35.00	32.00	30.60	3.91	17.00	35.00	28.00	27.60	6.69	103.00	137.00	119.00	120.80	13.24
	Üç ve üzeri (4)	53.00	53.00	53.00	53.00		28.00	28.00	28.00	28.00		21.00	21.00	21.00	21.00		102.00	102.00	102.00	102.00	
KW		**9.695**					2.824					2.973					5.202				
p		**0.021***					0.420					0.396					0.158				
Bonferroni		**2>3**																			
Çocuk sayısı	Yok (1)	45.00	75.00	70.00	68.11	6.74	21.00	35.00	33.00	32.06	3.00	8.00	35.00	25.00	24.10	6.12	87.00	141.00	126.00	124.27	11.18
	Bir (2)	53.00	75.00	73.00	70.00	6.13	24.00	35.00	33.00	32.47	3.01	8.00	35.00	27.00	25.68	7.23	94.00	143.00	131.00	128.16	13.46
	İki (3)	57.00	69.00	60.00	61.50	5.20	26.00	33.00	29.50	29.50	3.51	17.00	31.00	27.50	25.75	6.08	103.00	130.00	117.00	116.75	11.15
	Üç ve üzeri (4)	53.00	53.00	53.00	53.00		28.00	28.00	28.00	28.00		21.00	21.00	21.00	21.00		102.00	102.00	102.00	102.00	
KW		**9.109**					5.125					2.461					7.697				
p		**0.028***					0.163					0.482					0.053				
Bonferroni		**2>3**																			
Gebelik kaybı	Evet	3.00	5.00	4.73	4.55	0.51	3.00	5.00	4.86	4.61	0.52	1.14	5.00	3.29	3.35	0.92	3.00	4.86	4.41	4.26	0.50
	Hayır	3.33	5.00	4.67	4.53	0.44	3.71	5.00	4.71	4.60	0.37	1.14	5.00	3.71	3.56	0.90	3.28	4.93	4.34	4.31	0.37
U		-0.475					-0.901					-1.112					-0.101				
p		0.635					0.368					0.266					0.920				

Tablo 11. (Devam) YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Karşılaştırılması

Gebelik haftası	28 hafta ve altı	3.33	5.00	4.67	4.50	0.46	3.71	5.00	4.71	4.62	0.39	1.14	5.00	3.57	3.47	0.91	3.24	4.86	4.34	4.27	0.39
	29 hafta ve üstü	3.00	5.00	4.73	4.60	0.45	3.00	5.00	4.71	4.57	0.46	1.29	4.71	3.86	3.54	0.90	3.00	4.93	4.43	4.32	0.46
U		-1.228					-0.436					-0.610					-0.905				
p		0.220					0.663					0.542					0.365				
Gebelik türü	Tekil	3.33	5.00	4.67	4.57	0.40	3.71	5.00	4.71	4.61	0.39	1.14	5.00	3.57	3.45	0.91	3.24	4.93	4.36	4.30	0.39
	Çoğul	3.00	5.00	4.47	4.28	0.71	3.00	5.00	4.71	4.56	0.61	2.71	5.00	3.86	3.82	0.77	3.00	4.79	4.21	4.23	0.57
U		-0.924					-0.235					-0.953					-0.058				
p		0.356					0.814					0.340					0.954				

*p<0.05, U: Mann Whitney U, KW: Kruskal Wallis H.

Spontan gebe kalan kadınların tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanları karşılaştırılma sonuçları Tablo 12'de verilmiştir. Sonuçlara göre; Spontan gebe kalan kadınların yaşına göre aşkınlık, doğayla uyum, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Spontan gebe kalan kadınların eğitim durumlarına göre aşkınlık, doğayla uyum alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Ancak anomi alt boyutu için gebelerin eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine (Bonferroni) göre okuryazar olanların ve ilköğretim mezunu olanların lise mezunu, üniversite mezunu olanlara göre daha düşük puan aldığı görülmüştür.

Spontan gebe kalan kadınların eş eğitim durumlarına göre aşkınlık, doğayla uyum alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak anomi alt boyutu için kadınların eş eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine (Bonferroni) göre okuryazar olanların lise mezunu, üniversite mezunu olanlara göre daha düşük puan aldığı görülmüştür. Spontan gebe kalan kadınların çalışma durumuna ve eşin çalışma durumına göre aşkınlık, doğayla uyum, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Spontan gebe kalan kadınların gelir durumuna göre doğayla uyum, aşkınlık alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak gebelerin gelir durumuna göre anomi alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine (Bonferroni) göre gelir durumu düşük olanların puanları geliri giderine eşit olanlardan daha düşük puan aldığı görülmüştür. Spontan gebe kalan kadınların yaşadığı yere göre aşkınlık, doğayla uyum, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Spontan gebe kalan kadınların aile tipine göre aşkınlık, doğayla uyum alt boyutları puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Ancak gebelerin aile tipine göre anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($p<0,05$). Çekirdek ailesi olanların geniş ailesi olanlara göre daha yüksek puan almıştır. Spontan gebe kalan kadınların sosyal güvence varlığına göre aşkınlık, doğayla uyum alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak kadınların sosyal güvence varlığına göre anomi alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olanların olmayanlara göre puanları daha yüksektir. Spontan gebe kalan kadınların evlilik süresine, sigara kullanma durumuna, kronik hastalık varlığına, gebelik sayısına, doğum sayısına, çocuk sayısına, gebelik kaybına, gebelik haftasına ve gebelik türüne göre aşkınlık, doğayla uyum, anomi alt boyutları ve SİOÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Karşılaştırılması

Değişkenler		Spiritüel İyi Oluş Ölçeği																			
		Aşkınlık Alt Boyutu					Doğayla Uyum Alt Boyutu					Anomi Alt Boyutu					Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Toplam Puan				
		Min	Maks	Mdn	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	Mdn	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	Mdn	$\bar{X}$	SS	Min	Maks	Mdn	$\bar{X}$	SS
Yaş	27 yaş ve altı	43.00	75.00	69.50	67.98	5.86	26.00	35.00	33.00	32.75	2.40	7.00	35.00	24.00	23.78	6.88	104.00	145.00	124.50	124.52	9.43
	28 yaş ve üstü	43.00	75.00	68.00	65.92	7.86	19.00	35.00	33.00	32.41	3.52	13.00	35.00	24.00	24.84	5.34	107.00	138.00	124.00	123.18	8.51
U		1405.000					1602.000					1529.500					1513.500				
p		0.200					0.862					0.563					0.504				
Eğitim durumu	Okuryazar (1)	63.00	73.00	72.00	71.00	3.61	29.00	35.00	33.00	32.43	1.99	11.00	20.00	16.00	15.57	3.21	108.00	126.00	120.00	119.00	6.40
	İlköğretim/ Ortaöğretim (2)	47.00	75.00	70.00	68.00	6.10	19.00	35.00	33.00	31.87	3.63	13.00	33.00	22.00	22.55	4.93	104.00	137.00	123.00	122.43	9.04
	Lise (3)	43.00	75.00	67.00	65.85	7.55	28.00	35.00	34.00	33.26	2.03	7.00	35.00	28.00	25.82	6.47	107.00	140.00	125.00	124.94	8.27
	Üniversite ve üzeri (4)	43.00	75.00	68.00	65.96	7.54	26.00	35.00	34.00	33.07	2.56	13.00	35.00	29.00	27.48	5.70	107.00	145.00	127.00	126.52	9.85
KW		5.668					4.008					**27.864**					5.470				
p		0.129					0.261					**0.000***					0.140				
Bonferroni												**3.4>1.2**									
Eş eğitim durumu	Okuryazar (1)	71.00	73.00	72.50	72.25	0.96	32.00	35.00	33.50	33.50	1.29	12.00	18.00	16.00	15.50	2.65	115.00	126.00	122.00	121.25	4.86
	İlköğretim/ Ortaöğretim(2)	44.00	75.00	69.00	67.62	6.34	22.00	35.00	33.00	32.62	2.77	7.00	35.00	23.00	23.36	6.25	107.00	138.00	125.00	123.60	8.54
	Lise (3)	43.00	75.00	67.00	65.55	7.49	19.00	35.00	33.00	32.00	3.46	17.00	33.00	26.00	25.18	4.86	104.00	138.00	122.50	122.74	8.86
	Üniversite ve üzeri (4)	43.00	75.00	69.00	67.50	6.99	26.00	35.00	34.00	33.25	2.50	13.00	35.00	27.00	25.68	7.18	104.00	145.00	126.00	126.43	10.23
KW		5.905					3.281					**10.639**					3.027				
p		0.116					0.350					**0.014***					0.388				
Bonferroni												**3.4>1**									
Çalışma durumu	Çalışıyor	43.00	75.00	67.00	65.23	7.33	19.00	35.00	34.00	32.65	3.62	13.00	35.00	27.00	26.04	5.44	108.00	138.00	124.00	123.92	8.93
	Çalışmıyor	43.00	75.00	69.00	67.61	6.68	22.00	35.00	33.00	32.58	2.73	7.00	35.00	23.00	23.73	6.38	104.00	145.00	124.00	123.92	9.10
U		885.000					1069.500					917.000					1151.500				
p		0.068					0.546					0.108					0.971				
Eş çalışma durumu	Çalışıyor	43.00	75.00	69.00	67.03	6.93	19.00	35.00	33.00	32.63	2.94	11.00	35.00	24.00	24.45	6.07	104.00	145.00	124.50	124.10	9.01
	Çalışmıyor	64.00	73.00	69.00	68.67	4.51	28.00	34.00	33.00	31.67	3.21	7.00	26.00	18.00	17.00	9.54	108.00	124.00	120.00	117.33	8.33
U		153.000					122.500					79.000					94.500				
p		0.792					0.410					0.118					0.197				

Tablo 12. (Devam) Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Karşılaştırılması

Gelir durumu	Gelir giderden düşük (1)	47.00	75.00	70.00	66.97	7.70	28.00	35.00	34.00	33.38	1.97	7.00	31.00	22.00	21.41	6.50	107.00	137.00	121.00	121.76	8.20
	Gelir gidere denk (2)	43.00	75.00	68.00	66.75	7.02	22.00	35.00	33.00	32.55	2.84	13.00	35.00	25.00	25.26	5.76	104.00	145.00	125.00	124.57	9.28
	Gelir giderden fazla (3)	58.00	75.00	68.00	68.53	4.52	19.00	35.00	32.00	31.47	4.23	13.00	35.00	25.00	25.00	6.54	104.00	138.00	127.00	125.00	9.21
KW		0.498					2.859					**6.418**					2.789				
p		0.780					0.239					**0.040***					0.248				
Bonferroni												**2>1**									
Yaşanılan yer	İl	56.00	75.00	66.50	66.61	5.32	22.00	35.00	33.00	32.25	3.22	13.00	33.00	24.00	24.75	4.77	109.00	137.00	124.00	123.61	7.27
	İlçe	43.00	75.00	69.00	66.96	7.40	19.00	35.00	33.00	32.64	2.89	7.00	35.00	25.00	24.30	6.70	104.00	145.00	124.00	123.90	9.73
	Köy	72.00	73.00	72.50	72.50	0.58	32.00	35.00	35.00	34.25	1.50	15.00	24.00	20.00	19.75	4.03	122.00	132.00	126.00	126.50	4.12
KW		5.170					2.197					2.533					0.393				
P		0.075					0.333					0.282					0.822				
Aile tipi	Çekirdek aile	43.00	75.00	69.00	67.24	6.85	19.00	35.00	33.00	32.68	3.04	11.00	35.00	25.50	24.97	5.85	104.00	145.00	125.50	124.89	8.94
	Geniş aile	44.00	75.00	68.00	66.39	7.04	27.00	35.00	33.00	32.26	2.51	7.00	35.00	21.00	21.39	7.01	104.00	137.00	119.00	120.04	8.46
U		969.000					891.000					**732.000**					704.500				
P		0.533					0.229					**0.022***					0.013*				
Sosyal güvence varlığı	Evet	43.00	75.00	69.00	66.89	6.82	19.00	35.00	33.00	32.60	2.98	7.00	35.00	25.50	24.90	6.06	104.00	145.00	124.50	124.39	9.03
	Hayır	44.00	75.00	69.00	67.86	7.21	25.00	35.00	33.00	32.62	2.82	11.00	35.00	21.00	21.33	6.32	104.00	137.00	120.00	121.81	8.90
U		878.500					981.000					**653.500**					830.000				
p		0.431					0.967					**0.016***					0.255				
Evlilik süresi	5 yıl ve altı	43.00	75.00	69.00	67.23	7.40	26.00	35.00	34.00	33.02	2.45	7.00	35.00	24.50	23.89	6.77	104.00	145.00	124.50	124.14	9.70
	6 yıl ve üstü	47.00	75.00	68.00	66.86	6.20	19.00	35.00	33.00	32.08	3.41	11.00	35.00	24.00	24.71	5.53	108.00	138.00	124.00	123.65	8.17
U		1485.000					1345.500					1540.000					1573.500				
p		0.407					0.096					0.604					0.742				
Sigara kullanma durumu	Evet	44.00	75.00	69.00	66.91	8.06	22.00	35.00	33.00	32.70	2.96	11.00	35.00	25.00	24.52	6.53	107.00	138.00	127.00	124.13	9.00
	Hayır	43.00	75.00	68.50	67.11	6.59	19.00	35.00	33.00	32.58	2.95	7.00	35.00	24.00	24.18	6.20	104.00	145.00	124.00	123.87	9.07
U		1015.000					1043.500					1031.500					1014.500				
p		0.763					0.917					0.853					0.761				

Tablo 12. (Devam) Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Karşılaştırılması

Kronik hastalık varlığı	Evet	59.00	75.00	69.50	67.90	5.47	29.00	35.00	34.00	33.30	1.95	13.00	35.00	20.00	21.80	6.34	114.00	145.00	121.00	123.00	8.96
	Hayır	43.00	75.00	69.00	66.99	7.00	19.00	35.00	33.00	32.53	3.01	7.00	35.00	25.00	24.49	6.21	104.00	143.00	125.00	124.01	9.06
U		505.000					476.000					368.500					442.500				
p		0.842					0.616					0.120					0.412				
Gebelik sayısı	Bir	43.00	75.00	68.00	65.81	8.09	26.00	35.00	33.00	32.38	2.76	13.00	35.00	27.50	25.93	6.17	104.00	143.00	124.00	124.12	10.02
	İki	61.00	75.00	70.00	68.80	4.24	28.00	35.00	35.00	33.48	2.02	7.00	35.00	24.00	23.88	8.18	107.00	145.00	126.00	126.16	9.36
	Üç	47.00	75.00	69.00	66.78	6.69	27.00	35.00	34.00	33.35	1.87	11.00	31.00	23.00	23.04	5.30	107.00	137.00	123.00	123.17	7.06
	Dört ve üzeri	47.00	75.00	69.00	67.72	6.84	19.00	35.00	32.00	31.40	4.21	13.00	31.00	23.00	22.92	4.34	108.00	133.00	124.00	122.04	8.48
KW		1.997					5.419					6.143					2.158				
p		0.573					0.144					0.105					0.540				
Doğum sayısı	Yok	43.00	75.00	68.00	66.69	7.66	26.00	35.00	33.00	32.73	2.67	13.00	35.00	26.00	25.67	6.27	104.00	145.00	125.00	125.08	9.95
	Bir	56.00	75.00	69.00	67.85	4.75	25.00	35.00	34.00	32.94	2.67	7.00	34.00	24.00	23.39	7.01	107.00	138.00	125.00	124.18	8.55
	İki	47.00	75.00	68.00	66.43	7.07	19.00	35.00	33.00	32.19	4.14	11.00	31.00	22.00	22.62	5.23	107.00	132.00	123.00	121.24	7.08
	Üç ve üzeri	47.00	75.00	70.50	67.80	8.69	29.00	35.00	31.00	31.70	2.11	16.00	29.00	24.00	23.30	4.19	108.00	133.00	126.00	122.80	9.14
KW		0.922					3.596					5.173					2.586				
p		0.820					0.309					0.160					0.460				
Çocuk sayısı	Yok	43.00	75.00	68.00	66.69	7.66	26.00	35.00	33.00	32.73	2.67	13.00	35.00	26.00	25.67	6.27	104.00	145.00	125.00	125.08	9.95
	Bir	56.00	75.00	69.00	67.85	4.75	25.00	35.00	34.00	32.94	2.67	7.00	34.00	24.00	23.39	7.01	107.00	138.00	125.00	124.18	8.55
	İki	47.00	75.00	68.00	66.43	7.07	19.00	35.00	33.00	32.19	4.14	11.00	31.00	22.00	22.62	5.23	107.00	132.00	123.00	121.24	7.08
	Üç ve üzeri	47.00	75.00	70.50	67.80	8.69	29.00	35.00	31.00	31.70	2.11	16.00	29.00	24.00	23.30	4.19	108.00	133.00	126.00	122.80	9.14
KW		0.922					3.596					5.173					2.586				
p		0.820					0.309					0.160					0.460				
Gebelik kaybı	Evet	3.73	5.00	4.73	4.59	0.33	2.57	5.00	4.86	4.59	0.62	1.86	5.00	3.29	3.31	0.74	3.76	5.00	4.28	4.29	0.30
	Hayır	2.87	5.00	4.53	4.42	0.49	3.71	5.00	4.71	4.63	0.33	1.00	5.00	3.64	3.53	0.94	3.59	4.93	4.29	4.27	0.32
U		-1.642					-1.096					-1.539					-0.251				
p		0.101					0.273					0.124					0.802				
Gebelik haftası	28 hafta ve altı	3.80	5.00	4.53	4.49	0.35	4.00	5.00	4.71	4.67	0.30	1.00	4.71	3.14	3.29	1.04	3.59	4.76	4.21	4.24	0.31
	29 hafta ve üstü	2.87	5.00	4.60	4.46	0.49	2.57	5.00	4.71	4.60	0.47	1.71	5.00	3.57	3.52	0.84	3.59	5.00	4.29	4.28	0.31
U		-0.268					-0.111					-0.906					-0.641				
p		0.789					0.912					0.365					0.522				

Tablo 12. (Devam) Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin Karşılaştırılması

Gebelik türü	Tekil	2.87	5.00	4.60	4.47	0.46	2.57	5.00	4.71	4.62	0.43	1.00	5.00	3.43	3.47	0.89	3.59	5.00	4.28	4.28	0.31
	Çoğul	4.20	4.20	4.20	4.20		5.00	5.00	5.00	5.00		2.71	2.71	2.71	2.71		4.03	4.03	4.03	4.03	
U		-0.966					-1.243					-1.011					-0.905				
p		0.334					0.214					0.312					0.366				

*p<0.05, U: Mann Whitney U, KW: Kruskal Wallis H.

4.7. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

YÜT ile gebe kalan kadınların tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği puanları karşılaştırılma sonuçları Tablo 13'de verilmiştir. Sonuçlara göre; YÜT ile gebe kalan kadınların yaşına göre TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Ancak olumsuz duygulanım ve eş katılım alt boyutu puanlarının gebelerin yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Olumsuz duyulanım alt boyutu için 27 yaş ve altında olanların puanları daha yüksek iken; eş katılım için 28 yaş ve üstünde olanların daha yüksek puan aldığı görülmüştür. YÜT ile gebe kalan kadınların eğitim durumuna, eşin eğitim durumuna, çalışma durumuna, eşin çalışma durumuna göre olumsuz duygulanım alt boyut, eş katılım alt boyut ve TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). YÜT ile gebe kalan kadınların eş eğitim durumuna göre olumsuz duygulanım alt boyutu, eş katılım alt boyutu ve TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

YÜT ile gebe kalan kadınların gelir durumuna göre olumsuz duygulanım alt boyutu ve TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ancak eş katılım alt boyut puanları için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Hangi gruplar arasında fark olduğunu tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre geliri giderden fazla olanların geliri giderine denk olanlardan daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. YÜT ile gebe kalan kadınların yaşanılan yere, aile tipine, sosyal güvence varlığına, evlilik süresine, sigara kullanma durumuna göre olumsuz duygulanım alt boyut, eş katılım alt boyut ve TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). YÜT ile gebe kalan kadınların kronik hastalık varlığına göre olumsuz duygulanım, TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak eş katılım alt boyutu için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve kronik hastalık olanların olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

YÜT ile gebe kalan kadınların gebelik sayısına, doğum sayısına ve çocuk sayısına, gebelik kaybına ve gebelik haftasına göre olumsuz duygulanım, eş katılım alt boyutu ve TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$). YÜT ile gebe kalan kadınların olumsuz duygulanım alt ve TGDÖ puanları katılımcıların gebelik türüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre tekil gebelik yaşayanların TGDÖ puanı çoğul gebelik göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 13. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Karşılaştırılması

Değişkenler		Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği														
		Olumsuz Duygulanım Boyutu					Eş Katılımı Boyutu					Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Toplam Puan				
		Min	**Maks**	**Mdn**	$\overline{X}$	**SS**	**Min**	**Maks**	**Mdn**	$\overline{X}$	**SS**	**Min**	**Maks**	**Mdn**	$\overline{X}$	**SS**
Yaş	27 yaş ve altı	2.00	28.00	15.50	14.55	7.37	0.00	12.00	2.00	2.45	2,86	2,00	33,00	16,50	17,00	8,69
	28 yaş ve üstü	1.00	31.00	9.00	10.64	6.90	0.00	15.00	3.00	4.13	3,64	1,00	39,00	14,00	14,77	8,11
U		**646.000**					**655.000**					780.000				
p		**0.012***					**0.013***					0.172				
Eğitim durumu	Okuryazar	2.00	27.00	19.00	14.71	10.34	0.00	14.00	5.00	5.00	5,10	2,00	33,00	22,00	19,71	12,31
	İlköğretim/ Ortaöğretim	1.00	31.00	12.00	13.51	7.46	0.00	15.00	2.00	2.76	3,63	1,00	39,00	15,00	16,27	8,48
	Lise	2.00	27.00	9.50	10.85	6.55	0.00	9.00	3.00	3.19	3,01	3,00	33,00	14,50	14,04	8,25
	Üniversite ve üzeri	1.00	26.00	10.00	11.59	6.92	0.00	10.00	4.00	4.24	2,33	6,00	28,00	16,00	15,82	6,55
KW		2.497					6.786					2.384				
p		0.476					0.079					0.497				
Eş eğitim durumu	Okuryazar	2.00	19.00	10.50	10.50	12.02	0.00	14.00	7.00	7.00	9,90	2,00	33,00	17,50	17,50	21,92
	İlköğretim/ Ortaöğretim	1.00	28.00	11.00	12.16	7.30	0.00	9.00	2.00	2.62	2,64	1,00	33,00	13,00	14,78	8,12
	Lise	3.00	31.00	12.00	13.18	7.24	0.00	15.00	3.50	4.29	4,10	3,00	39,00	16,50	17,46	8,40
	Üniversite ve üzeri	1.00	27.00	10.00	12.10	7.71	0.00	7.00	3.00	3.05	2,46	3,00	32,00	16,00	15,15	7,94
KW		0.669					2.521					1.885				
p		0.880					0.471					0.597				
Çalışma durumu	Çalışıyor	1.00	26.00	9.00	9.85	6.19	0.00	7.00	4.00	3.85	2,64	3,00	28,00	13,00	13,69	6,55
	Çalışmıyor	1.00	31.00	11.50	12.89	7.47	0.00	15.00	3.00	3.27	3,52	1,00	39,00	15,00	16,16	8,68
U		365.000					381.500					413.000				
p		0.167					0.228					0.418				
Eş çalışma durumu	Çalışıyor	1.00	31.00	11.00	12.80	7.39	0.00	15.00	3.00	3.35	3,44	2,00	39,00	16,00	16,15	8,49
	Çalışmıyor	1.00	14.00	7.50	7.50	4.68	0.00	9.00	3.00	3.50	3,02	1,00	17,00	13,50	11,00	5,90
U		144.500					227.500					162.500				
p		0.098					0.792					0.177				

Tablo 13. (Devam) YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Karşılaştırılması

Gelir durumu	Gelir giderden düşük (1)	1.00	31.00	11.50	13.72	7.90	0.00	15.00	3.00	3.91	4,00	1,00	39,00	15,00	17,63	9,50
	Gelir gidere denk (2)	1.00	28.00	9.00	11.29	6.91	0.00	12.00	2.00	2.76	3,02	3,00	33,00	14,00	14,04	7,45
	Gelir giderden fazla (3)	9.00	27.00	13.50	15.00	7.13	4.00	7.00	5.00	5.33	1,03	13,00	32,00	19,50	20,33	6,92
KW		3.177					**7.008**					4.586				
p		0.204					**0.030***					0.101				
Bonferroni							**3>2**									
Yaşanılan yer	İl	3.00	31.00	11.00	13.95	7.34	0.00	14.00	3.00	3.75	4,09	3,00	33,00	16,50	17,70	8,18
	İlçe	1.00	27.00	10.00	11.70	7.38	0.00	15.00	3.00	3.17	3,03	1,00	39,00	14,00	14,88	8,37
	Köy	15.00	20.00	19.00	18.00	2.65	0.00	12.00	2.00	4.67	6,43	15,00	31,00	22,00	22,67	8,02
KW		3.439					0.039					3.748				
p		0.179					0.981					0.154				
Aile tipi	Çekirdek aile	1.00	31.00	11.00	12.36	6.98	0.00	15.00	3.00	3.44	3,42	1,00	39,00	15,00	15,81	8,00
	Geniş aile	2.00	28.00	12.50	13.00	10.21	0.00	9.00	1.50	2.70	3,27	2,00	32,00	16,00	15,70	11,64
U		373.500					331.500					370.000				
p		0.878					0.469					0.842				
Sosyal güvence varlığı	Evet	1.00	31.00	10.00	12.24	7.11	0.00	15.00	3.00	3.50	3,41	3,00	39,00	15,00	15,74	8,24
	Hayır	1.00	28.00	12.00	13.05	8.20	0.00	14.00	2.00	2.90	3,39	1,00	33,00	15,00	15,95	9,15
U		647.000					612.000					678.000				
p		0.648					0.414					0.882				
Evlilik süresi	5 yıl ve altı	1.00	27.00	13.50	13.67	7.06	0.00	12.00	2.50	3.02	2,85	2,00	33,00	16,00	16,70	8,19
	6 yıl ve üstü	1.00	31.00	9.00	11.05	7.49	0.00	15.00	3.00	3.73	3,92	1,00	39,00	14,00	14,78	8,64
U		720.000					881.000					797.500				
p		0.058					0.592					0.215				
Sigara kullanma durumu	Evet	1.00	24.00	11.00	13.67	7.42	0.00	15.00	2.00	4.33	5,50	1,00	39,00	16,00	18,00	10,25
	Hayır	1.00	31.00	10.50	12.29	7.37	0.00	14.00	3.00	3.24	3,10	2,00	33,00	15,00	15,54	8,21
U		302.000					348.000					297.500				
p		0.494					0.966					0.455				

Tablo 13. (Devam) YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Karşılaştırılması

Kronik hastalık varlığı	Evet	2.00	27.00	9.50	12.79	8.20	0.00	12.00	5.00	4.64	3,05	2,00	32,00	16,50	17,43	8,42
	Hayır	1.00	31.00	11.00	12.37	7.23	0.00	15.00	3.00	3.11	3,42	1,00	39,00	15,00	15,48	8,43
U		510.000					333.000					431.500				
p		0.991					0.036*					0.358				
Gebelik sayısı	Bir	1.00	31.00	13.00	13.44	7.35	0.00	12.00	3.00	2.66	2,56	2,00	32,00	15,00	16,10	7,60
	İki	1.00	28.00	9.00	10.55	6.87	0.00	15.00	2.00	3.26	3,68	1,00	39,00	13,00	13,81	8,79
	Üç	2.00	27.00	11.00	12.45	7.78	0.00	12.00	5.00	5.36	3,72	4,00	32,00	17,00	17,82	8,49
	Dört ve üzeri	5.00	26.00	18.00	16.75	8.73	2.00	14.00	3.50	5.75	5,68	7,00	33,00	25,00	22,50	11,27
KW		4.164					6.073					5.387				
p		0.244					0.108					0.146				
Doğum sayısı	Yok	1.00	31.00	11.00	12.60	7.45	0.00	12.00	3.00	2.98	2,77	1,00	32,00	15,00	15,59	7,92
	Bir	3.00	28.00	10.00	12.28	7.70	0.00	15.00	3.00	3.94	4,47	3,00	39,00	15,50	16,22	10,09
	İki	5.00	19.00	12.00	12.40	5.73	0.00	14.00	5.00	6.20	5,45	9,00	33,00	15,00	18,60	9,29
	Üç ve üzeri	5.00	5.00	5.00	5.00		2.00	2.00	2.00	2.00		7,00	7,00	7,00	7,00	
KW		1.376					2.097					1.675				
p		0.711					0.553					0.642				
Çocuk sayısı	Yok	1.00	31.00	11.00	12.60	7.45	0.00	12.00	3.00	2.98	2,77	1,00	32,00	15,00	15,59	7,92
	Bir	3.00	28.00	10.00	12.11	7.52	0.00	15.00	3.00	3.74	4,43	3,00	39,00	15,00	15,84	9,94
	İki	5.00	19.00	14.50	13.25	6.24	3.00	14.00	7.00	7.75	4,86	14,00	33,00	18,50	21,00	8,76
	Üç ve üzeri	5.00	5.00	5.00	5.00		2.00	2.00	2.00	2.00		7,00	7,00	7,00	7,00	
KW		1.563					4.685					2.697				
p		0.668					0.196					0.441				
Gebelik kaybı	Evet	1.00	27.00	10.00	11.37	7.08	0.00	14.00	5.00	4.33	3.88	1.00	33.00	16.00	15.70	8.73
	Hayır	1.00	31.00	12.00	12.92	7.47	0.00	15.00	3.00	2.92	3.08	2.00	39.00	15.00	15.83	8.34
U		-0.877					-1.699					-0.046				
p		0.380					0.089					0.963				
Gebelik haftası	28 hafta ve altı	1.00	26.00	10.00	11.11	6.41	0.00	14.00	3.00	3.28	3.15	1.00	33.00	14.00	14.40	6.96
	29 hafta ve üstü	2.00	31.00	14.00	14.50	8.29	0.00	15.00	3.00	3.47	3.78	2.00	39.00	17.00	17.97	10.00
U		-1.795					-0.022					-1.603				
p		0.073					0.982					0.109				

Tablo 13. (Devam) YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Karşılaştırılması

Gebelik türü	Tekil	2.00	31.00	11.50	13.16	7.19	0.00	15.00	3.00	3.30	3.39	2.00	39.00	16.00	16.46	8.24
	Çoğul	1.00	25.00	6.00	7.45	6.73	0.00	10.00	3.00	3.73	3.55	1.00	33.00	9.00	11.18	8.48
U		**-2.616**					-0.442					**-2.180**				
p		**0.009***					0.659					**0.029***				

*p<0.05, U: Mann Whitney U, KW: Kruskal Wallis H

Spontan gebe kalan kadınların tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine göre Tilburg gebelikte distres ölçeği puanları karşılaştırılma sonuçları Tablo 14'de verilmiştir. Spontan gebe kalan kadınların yaşına göre olumsuz duygulanım alt boyutu ve TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Ancak eş katılım alt boyutu puanlarının gebelerin yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Eş katılım alt boyutu 28 yaş ve üstünde olanların 27 yaş ve altında olanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Spontan gebe kalan kadınların eğitim durumuna, eşin eğitim durumuna, çalışma durumuna, eş çalışma durumuna göre olumsuz duygulanım, eş katılım alt boyutu ve TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Spontan gebe kalan kadınların gelir durumuna göre olumsuz duygulanım ve TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre geliri gidere denk olanların geliri giderinden düşük olanlara göre düşük olanlardan daha düşük puan aldığı tespit edilmiştir. Ancak eş katılım puanları için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Spontan gebe kalan kadınların yaşanılan yere, aile tipine, sosyal güvence varlığına, evlilik süresine, sigara kullanma durumuna, kronik hastalık varlığına göre olumsuz duygulanım, eş katılım ve TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Spontan gebe kalan kadınların gebelik sayısına göre olumsuz duygulanım boyutu TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak eş katılım boyutu için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre ikici gebeliği olanların birinci gebeliğini yaşanlara kıyasla daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Spontan gebe kalan kadınların doğum sayısına göre olumsuz duygulanım boyutu ve TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak eş katılım boyutu için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre bir doğum yapanların hiç doğum yapmayanlara göre daha yüksek

puan aldığı saptanmıştır. Spontan gebe kalan kadınların çocuk sayısına göre olumsuz duygulanım, boyutu TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$). Ancak eş katılım boyutu için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre bir çocuğu olanların hiç çocuğu olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Spontan gebe kalan kadınların gebelik kaybına ve gebelik türüne göre olumsuz duygulanım boyutu, eş katılım ve TGDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Spontan gebe kalan katılımcıların eş katılım puanları katılımcıların gebelik haftasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Ancak spontan gebe kalan katılımcıların olumsuz duygulanım ve TGDÖ puanları katılımcıların gebelik haftasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre gebelik haftası 28 hafta ve altı olan gebelerin stres puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 14. Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Karşılaştırılması

Değişkenler		Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği														
		Olumsuz Duygulanım Boyutu					Eş Katılımı Boyutu					Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği				
		Min	Maks	Mdn	$\overline{X}$	SS	Min	Maks	Mdn	$\overline{X}$	SS	Min	Maks	Mdn	$\overline{X}$	SS
Yaş	27 yaş ve altı	1.00	30.00	11.00	11.98	7.48	0.00	12.00	2.00	2.95	3.14	3.00	37.00	13.50	14.94	8.40
	28 yaş ve üstü	0.00	25.00	9.00	10.80	6.54	0.00	12.00	3.00	3.92	3.16	0.00	37.00	14.00	14.73	7.77
U		1500.000					**1264.000**					1612.500				
p		0.457					**0.036***					0.912				
Eğitim durumu	Okuryazar	4.00	30.00	16.00	18.29	9.88	0.00	10.00	4.00	4.86	3.89	7.00	37.00	26.00	23.14	10.96
	İlköğretim/ Ortaöğretim	1.00	24.00	10.00	11.34	6.28	0.00	12.00	3.00	3.57	3.30	3.00	31.00	15.00	14.91	7.10
	Lise	1.00	25.00	9.50	10.50	6.24	0.00	12.00	3.00	3.21	3.20	3.00	37.00	12.00	13.71	8.24
	Üniversite ve üzeri	0.00	30.00	9.00	11.11	7.99	0.00	9.00	3.00	2.89	2.74	0.00	32.00	11.00	14.00	7.94
KW		4.351					1.767					5.442				
p		0.226					0.622					0.142				
Eş eğitim durumu	Okuryazar	4.00	30.00	20.00	18.50	13.50	0.00	7.00	3.50	3.50	2.89	7.00	37.00	22.00	22.00	13.88
	İlköğretim/ Ortaöğretim	1.00	24.00	9.00	10.42	6.08	0.00	12.00	2.00	3.16	3.36	3.00	32.00	13.00	13.58	7.22
	Lise	0.00	25.00	10.00	10.87	6.76	0.00	12.00	3.00	3.55	3.31	0.00	37.00	13.00	14.42	8.19
	Üniversite ve üzeri	2.00	30.00	12.00	12.93	7.52	0.00	11.00	3.00	3.50	2.83	4.00	32.00	16.00	16.43	8.07
KW		2.921					1.290					3.273				
p		0.404					0.732					0.351				
Çalışma durumu	Çalışıyor	1.00	27.00	9.00	10.85	7.19	0.00	10.00	3.00	3.46	2.55	4.00	31.00	13.50	14.31	7.69
	Çalışmıyor	0.00	30.00	10.00	11.64	7.07	0.00	12.00	3.00	3.36	3.34	0.00	37.00	14.00	15.00	8.24
U		1062.000					1031.000					1093.500				
p		0.525					0.394					0.671				
Eş çalışma durumu	Çalışıyor	0.00	30.00	10.00	11.43	7.16	0.00	12.00	3.00	3.41	3.19	0.00	37.00	13.50	14.84	8.17
	Çalışmıyor	9.00	15.00	14.00	12.67	3.21	0.00	5.00	2.00	2.33	2.52	9.00	19.00	17.00	15.00	5.29
U		135.500					139.500					150.000				
p		0.568					0.613					0.752				

Tablo 14. (Devam) Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Karşılaştırılması

Gelir durumu	Gelir giderden düşük (1)	0.00	30.00	15.00	15.10	6.94	0.00	10.00	2.00	3.41	3.50	0.00	37.00	17.00	18.52	8.51
	Gelir gidere denk (2)	1.00	30.00	9.00	10.01	6.56	0.00	12.00	3.00	3.04	2.92	3.00	37.00	11.00	13.06	7.42
	Gelir giderden fazla (3)	1.00	27.00	10.00	11.12	7.53	1.00	12.00	3.00	4.71	3.41	4.00	31.00	14.00	15.82	8.16
KW		**11.226**					4.369					**10.206**				
p		**0.004***					0.113					**0.006***				
Bonferroni		**2<1**										**2<1**				
Yaşanılan yer	İl	3.00	24.00	9.50	10.07	5.14	0.00	12.00	3.00	4.04	3.39	7.00	31.00	13.00	14.11	6.20
	İlçe	0.00	30.00	12.00	12.05	7.70	0.00	12.00	3.00	3.07	3.04	0.00	37.00	14.00	15.12	8.74
	Köy	6.00	13.00	8.50	9.00	3.16	3.00	11.00	3.50	5.25	3.86	9.00	24.00	12.00	14.25	6.85
KW		1.206					3.806					0.026				
p		0.547					0.149					0.987				
Aile tipi	Çekirdek aile	0.00	30.00	10.50	11.45	6.76	0.00	12.00	3.00	3.21	3.12	0.00	37.00	14.00	14.65	7.74
	Geniş aile	1.00	30.00	9.00	11.52	8.41	0.00	12.00	3.00	4.09	3.34	4.00	37.00	13.00	15.61	9.54
U		1002.000					862.500					1034.000				
p		0.695					0.166					0.867				
Sosyal güvence varlığı	Evet	0.00	30.00	10.00	10.99	6.82	0.00	12.00	3.00	3.38	3.06	0.00	37.00	13.00	14.37	7.66
	Hayır	3.00	30.00	13.00	13.57	7.96	0.00	12.00	2.00	3.38	3.72	3.00	37.00	15.00	16.95	9.72
U		808.000					920.000					844.000				
p		0.194					0.623					0.300				
Evlilik süresi	5 yıl ve altı	0.00	30.00	11.00	12.05	7.43	0.00	12.00	2.00	3.19	3.27	0.00	37.00	13.50	15.23	8.48
	6 yıl ve üstü	1.00	30.00	9.00	10.73	6.60	0.00	10.00	3.00	3.63	3.06	3.00	32.00	14.00	14.35	7.63
U		1469.500					1434.500					1543.500				
p		0.360					0.260					0.618				

Tablo 14. (Devam) Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Karşılaştırılması

Sigara kullanma durumu	Evet	0.00	23.00	11.00	11.09	7.30	0.00	12.00	3.00	3.65	3.56	0.00	32.00	16.00	14.74	8.73
	Hayır	1.00	30.00	10.00	11.55	7.06	0.00	12.00	3.00	3.32	3.08	3.00	37.00	13.00	14.87	7.97
U		1028.500					1028.500					1048.500				
p		0.836					0.835					0.947				
Kronik hastalık varlığı	Evet	4.00	22.00	9.00	12.10	6.12	0.00	10.00	4.50	4.60	4.40	8.00	31.00	16.50	16.70	8.26
	Hayır	0.00	30.00	10.00	11.40	7.18	0.00	12.00	3.00	3.27	3.03	0.00	37.00	13.00	14.67	8.09
U		479.500					460.000					448.500				
p		0.651					0.514					0.447				
Gebelik sayısı	Bir (1)	1.00	30.00	10.50	11.33	7.12	0.00	9.00	2.00	2.31	2.10	3.00	32.00	13.00	13.64	7.75
	İki (2)	1.00	30.00	9.00	11.44	7.79	0.00	12.00	3.00	4.32	3.53	6.00	37.00	13.00	15.76	8.92
	Üç (3)	0.00	30.00	10.00	11.48	7.39	0.00	10.00	2.00	3.04	3.11	0.00	30.00	14.00	14.52	8.54
	Dört ve üzeri (4)	1.00	24.00	10.00	11.68	6.35	0.00	12.00	3.00	4.56	3.80	4.00	32.00	17.00	16.24	7.52
KW		0.247					8.175					2.632				
p		0.970					**0.043***					0.452				
Bonferroni							**2>1**									
Doğum sayısı	Yok (1)	1.00	30.00	11.00	12.10	6.94	0.00	9.00	2.00	2.14	2.05	3.00	32.00	13.00	14.24	7.41
	Bir (2)	1.00	30.00	9.00	11.03	7.75	0.00	12.00	4.00	4.73	3.73	3.00	37.00	13.00	15.76	8.94
	İki (3)	0.00	24.00	9.00	9.95	6.97	0.00	10.00	3.00	3.86	3.18	0.00	31.00	14.00	13.81	8.62
	Üç ve üzeri (4)	7.00	23.00	11.00	12.80	5.87	0.00	10.00	3.00	4.30	3.92	7.00	32.00	16.50	17.10	7.89
KW		2.620					12.705					1.847				
p		0.454					**0.005***					0.605				
Bonferroni							**2>1**									
Çocuk sayısı	Yok (1)	1.00	30.00	11.00	12.10	6.94	0.00	9.00	2.00	2.14	2.05	3.00	32.00	13.00	14.24	7.41
	Bir (2)	1.00	30.00	9.00	11.03	7.75	0.00	12.00	4.00	4.73	3.73	3.00	37.00	13.00	15.76	8.94
	İki (3)	0.00	24.00	9.00	9.95	6.97	0.00	10.00	3.00	3.86	3.18	0.00	31.00	14.00	13.81	8.62
	Üç ve üzeri (4)	7.00	23.00	11.00	12.80	5.87	0.00	10.00	3.00	4.30	3.92	7.00	32.00	16.50	17.10	7.89
KW		2.620					12.705					1.847				
p		0.454					**0.005***					0.605				
Bonferroni							**2>1**									

Tablo 14. (Devam) Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeğinin Karşılaştırılması

Gebelik kaybı	Evet	1.00	30.00	13.00	12.55	7.16	0.00	12.00	3.00	3.64	3.57	3.00	31.00	17.00	16.18	7.74
	Hayır	0.00	30.00	9.00	11.02	7.04	0.00	12.00	3.00	3.28	3.02	0.00	37.00	13.00	14.30	8.21
U		-1.795					-0.022					-1.603				
p		0.073					0.982					0.109				
Gebelik haftası	28 hafta ve altı	3.00	30.00	13.00	14.22	8.13	0.00	12.00	3.00	3.67	3.27	3.00	32.00	18.00	17.89	8.75
	29 hafta ve üstü	0.00	30.00	9.00	10.61	6.54	0.00	12.00	3.00	3.30	3.16	0.00	37.00	13.00	13.91	7.69
U		**-1.956**					-0.491					**-2.210**				
p		**0.050***					0.623					**0.027***				
Gebelik türü	Tekil	0.00	30.00	10.00	11.45	7.11	0.00	12.00	3.00	3.39	3.18	0.00	37.00	13.50	14.84	8.13
	Çoğul	13.00	13.00	13.00	13.00		2.00	2.00	2.00	2.00		15.00	15.00	15.00	15.00	
U		-0.437					-0.427					-0.181				
p		0.662					0.669					0.856				

*p<0.05, Mann Whitney U, KW: Kruskal Wallis H.

4.8. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kesme Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

YÜT ile gebe kalan kadınların tanıtıcı ve obstretrik özelliklerine göre TGDÖ kesme puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 15'de verilmiştir. Olumsuz duyulanım, eş katılım boyutu ve TGDÖ distres varlığı ile gebelerin demografik özellikleri arasındaki ilişki ki kare ile incelenmiştir. Sonuçlara göre olumsuz duygulanım boyutu distres varlığı ile gebelerin demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05). Eş katılım boyutu için ise sadece eş eğitim durumu ve distres varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (p<0,05). Ditresi olanların %80'inin eşin eğitim durumu lise olduğu ve distresi olmayanların %45.1'inin eşinin eğitim durumu ilköğretim/öğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Ayrıca gebelik haftası ile TGDÖ distres varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve distresi olan kişilerin %72.7'inin gebelik haftasının 29 hafta üstü olduğu tespit edildi. TGDÖ için Dİstres varlığı ile katılımcıların diğer demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi (p>0,05).

Tablo 15. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kesme Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		**Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği**											
		Olumsuz Duygulanım				**Eş katılım**				**Tilburg gebelikte distres ölçeği**			
		Distres yok (≤ 21 puan)		**Distres var** (22 puan>)		**Distres yok** (≤9 puan)		**Distres var** (10 puan>)		**Distres yok** (≤27puan)		**Distres var** (28 puan>)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş	27 yaş ve altı	32	42.7	8	66.7	39	47.6	1	20.0	33	43.4	7	63.6
	28 yaş ve üstü	43	57.3	4	33.3	43	52.4	4	80.0	43	56.6	4	36.4
x²		2.399				0.545				1.581			
p		0.121				0.212				0.209			
Eğitim durum	Okuryazar	4	5.3	3	25.0	6	7.3	1	20.0	4	5.3	3	27.3
	İlköğretim/ Ortaöğretim	31	41.3	6	50.0	34	41.5	3	60.0	33	43.4	4	36.4
	Lise	24	32.0	2	16,7	26	31.7	-	-	23	30.3	3	27.3
	Üniversite ve üzeri	16	21.3	1	8,3	16	19.5	1	20,0	16	21.1	1	9.1
x²		5.648				3.427				5.141			
P		0.096				0.261				0.129			

Tablo 15. (Devam) YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kesme Puanlarının Karşılaştırılması

Eş eğitim durum	Okuryazar	2	2.7	-	-	1	1.2	1	20.0	1	1.3	1	9.1
	İlköğretim/ Ortaöğretim	31	41.3	6	50.0	37	45.1	-	-	33	43.4	4	36.4
	Lise	24	32.0	4	33.3	24	29.3	4	80.0	24	31.6	4	36.4
	Üniversite ve üzeri	18	24.0	2	16.7	20	24.4	-	-	18	23.7	2	18.2
x²		0.661				**10.677**				2.926			
p		0.943				**0.004***				0.416			
Çalışma durumu	Çalışıyor	12	16.0	1	8.3	13	15.9	-	-	12	15.8	1	9,1
	Çalışmıyor	63	84.0	11	91.7	69	84.1	5	100.0	64	84.2	10	90.9
x²		0.065				0.102				0.017			
p		0.798				0.749				0.897			
Eş çalışma durumu	Çalışıyor	69	92.0	12	100.0	76	92.7	5	100.0	70	92.1	11	100.0
	Çalışmıyor	6	8.0	-	-	6	7.3	-	-	6	7.9	-	-
x²		1.031				0.000				0.108			
p		0.310				1.000				0.742			
Gelir durumu	Gelir giderden düşük	25	33.3	7	58.3	29	35.4	3	60,0	25	32.9	7	63.6
	Gelir gidere denk	45	60.0	4	33.3	47	57.3	2	40,0	46	60.5	3	27.3
	Gelir giderden fazla	5	6.7	1	8.3	6	7.3	-	-	5	6.6	1	9.1
x²		3.349				1.164				4.689			
p		0.167				0.569				0.082			
Yaşanılan yer	İl	18	24.0	2	16.7	18	22.0	2	40.0	16	21.1	4	36.4
	İlçe	54	72.0	10	83.3	62	75.6	2	40.0	58	76.3	6	54.5
	Köy	3	4.0	-	-	2	2.4	1	20.0	2	26	1	9.1
x²		0.433				5.309				3.436			
p		0.823				0.054				0.151			
Aile tipi	Çekirdek aile	67	89.3	10	83.3	72	87.8	5	100.0	69	90.8	8	72.7
	Geniş aile	8	10.7	2	16.7	10	12.2	-	-	7	9.2	3	27.3
x²		0.014				0.012				1.562			
p		0.906				0.914				0.211			
Sosyal güvence varlığı	Evet	58	77.3	8	66.7	62	75.6	4	80.0	58	76.3	8	72.7
	Hayır	17	22.7	4	33.3	20	24.4	1	20.0	18	23.7	3	27.3
x²		0.192				0.050				0.000			
p		0.661				0.824				1.000			
Evlilik süresi	5 yıl ve altı	40	53.3	6	50.0	45	54.9	1	20.0	39	51.3	7	63.6
	6 yıl ve üstü	35	46.7	6	50.0	37	45.1	4	80.0	37	48.7	4	36.4
x²		0.000				1.114				0.195			
p		1.000				0.291				0.659			

Tablo 15. (Devam) YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kesme Puanlarının Karşılaştırılması

Sigara kullanma durumu	Evet	7	9.3	2	16.7	7	8.5	2	40.0	8	10.5	1	9.1
	Hayır	68	90.7	10	83.3	75	91.5	3	60.0	68	89.5	10	90.9
x²		0.070				2.210				0.000			
P		0.792				0.137				1.000			
Kronik hastalık varlığı	Evet	12	16.0	2	16.7	13	15.9	1	20.0	12	15.8	2	18.2
	Hayır	63	84.0	10	83.3	69	84.1	4	80.0	64	84.2	9	81.8
x²		0.000				0.000				0.000			
p		1.000				1.000				1.000			
Gebelik sayısı	Bir	34	45.3	7	58.3	40	48.8	1	20.0	37	48.7	4	36.4
	İki	28	37.3	3	25.0	29	35.4	2	40.0	28	36.8	3	27.3
	Üç	10	13.3	1	8.3	10	12.2	1	20.0	9	11.8	2	18.2
	Dört ve üzeri	3	4.0	1	8.3	3	3.7	1	20.0	2	2.6	2	18.2
x²		1.781				4.38				5.086			
p		0.637				0.176				0.147			
Doğum sayısı	Yok	54	72.0	9	75.0	61	74.4	2	40.0	56	73.7	7	63.6
	Bir	15	20.0	3	25.0	16	19.5	2	40.0	15	19.7	3	27.3
	İki	5	6.7	-	-	4	4.9	1	20.0	4	5.3	1	9.1
	Üç ve üzeri	1	1.3	-	-	1	2	-	-	1	1.3	-	-
x²		1.912				5.472				1.955			
p		0.591				0.35				0.570			
Çocuk sayısı	Yok	54	72.0	9	75.0	61	74.4	2	40.0	56	7	7	63.6
	Bir	16	21.3	3	25.0	17	20.7	2	40.0	16	21.1	3	27.3
	İki	4	5.3	-	-	3	3.7	1	20.0	3	3.9	1	9.1
	Üç ve üzeri	1	1.3	-	-	1	1.2	-	-	1	1,3	-	-
x²		1.558				5.865				2.227			
p		0.669				0.122				0.540			
Gebelik kaybı	Evet	25	33.3	2	16.7	24	29.3	3	60.0	23	30.3	4	36.4
	Hayır	50	66.7	10	83.3	58	70.7	2	40.0	53	69.7	7	63.6
x²		0.677				0.892				0.004			
p		0.411				0.345				0.952			
Gebelik haftası	28 hafta ve altı	48	64.0	5	60.9	50	61.0	3	60.0	50	65.8	3	27.3
	29 hafta ve üstü	27	36.0	7	39.1	32	39.0	2	40.0	26	34.2	8	72.7
x²		1.331				0.000				**4.479**			
p		0.249				1.000				**0.034***			
Gebelik türü	Tekil	65	86.7	11	87.4	72	87.8	4	80.0	66	86.8	10	90.9
	Çoğul	10	13.3	1	12.6	10	12.2	1	20.0	10	13.2	1	9.1
x²		0.000				0.000				0.000			
p		1.000				1.000				1.000			

*p<0,05, x² : Ki kare testi

Spontan gebe kalan kadınların tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine göre TGDÖ ölçeği kesme puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular topla 16'da verilmiştir. Olumsuz duyulanım, eş katılım boyutu ve TGDÖ distres varlığı ile gebelerin demografik özellikleri arasındaki ilişki ki kare ile incelenmiştir. Sonuçlara göre olumsuz duygulanım boyutu distres varlığı ile gebelerin demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05). Eş katılım boyutu için ise sadece gebelik sayısı, doğum sayısı, çocuk sayısı ve distres varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (p<0,05). Distrese sahip olanların %55.6'sının dört ve üzerinde gebeliği olduğu saptanırken; distrese sahip olmayanların %18.9'unun dört ve üzerinde gebelik sayısı olduğu saptanmıştır. Distrese sahip olanların %55.6'sının bir doğumu olduğu görülürken; distrese sahip olmayanların %26.4'ünün bir doğum yaptığı olduğu görülmüştür. Distrese sahip olanların %55.6'sının bir çocuğu olduğu saptanırken; distrese sahip olmayanların %26.4'ünün bir çocuğu olduğu saptanmıştır. Ayrıca gebelik haftası ile olumsuz duygulanım alt boyutu distrese varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve distrese sahip olan kişilerin %76.5'inin gebelik haftasının 29 hafta ve üstü olduğu tespit edildi. TGDÖ için distres stres varlığı ile katılımcıların diğer demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi (p>0,05).

Tablo 16. Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kesme Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		**Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği**											
		Olumsuz Duygulanım				**Eş katılım**				**Tilburg gebelikte distres ölçeği**			
		Distres yok (≤ 21puan)		**Distres var** (22puan>)		**Distres yok** (≤9 puan)		**Distres var** (10puan>)		**Distres yok** (≤27puan)		**Distres var** (28puan>)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş	27 yaş ve altı	55	53.9	9	69.2	59	55.7	5	55.6	57	54.8	7	63.6
	28 yaş ve üstü	47	46.1	4	30.8	47	44.3	4	44.4	47	45.2	4	36.4
x^2		1.095				0.000				0.058			
p		0.295				1.000				0.809			
Eğitim durum	Okuryazar	4	3.9	3	23.1	6	5.7	1	11.1	4	3.8	3	27.3
	İlköğretim/ Ortaöğretim	42	41.2	5	38.5	42	39.6	5	55.6	43	41.3	4	36,4
	Lise	32	31.4	2	15.4	31	29.2	3	33.3	32	30.8	2	18.2
	Üniversite ve üzeri	24	23.5	3	23.1	27	25.5	-	-	25	24.0	2	18.2
x^2		6.149				5.245				6.678			
p		0.082				0.155				0.066			

Tablo 16. (Devam) Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kesme Puanlarının Karşılaştırılması

Eş eğitim durum	Okuryazar	2	2.0	2	15.4	4	3.8	5	55.6	2	1.9	2	18.2
	İlköğretim/ Ortaöğretim	42	41.2	3	23.1	40	37.7	3	33.3	42	40.4	3	27.3
	Lise	34	33.3	4	30.8	35	33.0	1	11.1	35	33.7	3	27.3
	Üniversite ve üzeri	24	23.5	4	30.8	27	25.5	-	-	25	24.0	3	27.3
x²		5.847				1.343				5.835			
p		0.103				0.682				0.100			
Çalışma durumu	Çalışıyor	24	23.5	2	15.4	25	23.6	1	11.1	23	22.1	3	27.3
	Çalışmıyor	78	76.5	11	84.6	81	76.4	8	88.9	81	77.9	8	72.7
x²		0.096				0.197				0.000			
p		0.757				0.657				0.992			
Eş çalışma durumu	Çalışıyor	99	97.1	13	100.0	103	97.2	9	100.0	101	97.1	11	100.0
	Çalışmıyor	3	2.9			3	2.8	-	-	3	2.9		
x²		0.393				0.000				0.000			
p		0.531				1.000				1.000			
Gelir durumu	Gelir giderden düşük	23	22.5	6	46.2	26	24.5	3	33.3	24	23.1	5	45.5
	Gelir gidere denk	64	62.7	5	38.5	65	61.3	4	44.4	65	62.5	4	36.4
	Gelir giderden fazla	15	14.7	2	15.4	15	14.2	2	22.2	15	14.4	2	18.2
x²		3.363				1.484				3.392			
p		0.126				0.427				0.174			
Yaşanılan yer	İl	27	26.5	1	7.7	26	24.5	2	22.2	27	26.0	1	9.1
	İlçe	71	69.6	12	92.3	77	72.6	6	66.7	73	70.2	10	90.9
	Köy	4	3.9			3	2.8	1	11.1	4	3.8		
x²		2.314				2.213				1,520			
p		0.265				0.359				0,524			
	Çekirdek aile	83	81.4	9	69.2	85	80.2	7	77.8	85	81.7	7	63.6
	Geniş aile	19	18.6	4	30.8	21	19.8	2	22.2	19	18.3	4	36.4
x²		0.439				0.000				1.062			
p		0.508				1.000				0.303			
Sosyal güvence varlığı	Evet	85	83.3	9	69.2	87	82.1	7	77.8	87	83.7	7	63.6
	Hayır	17	16.7	4	30.8	19	17.9	2	22.2	17	16.3	4	36.4
x²		0.737				0.000				1.498			
p		0.391				1.000				0.221			
Evlilik süresi	5 yıl ve altı	56	54.9	8	61.5	59	55.7	5	55.6	57	54.8	7	63.6
	6 yıl ve üstü	46	45.1	5	38.5	47	44.3	4	44.4	47	45.2	4	36.4
x²		0.025				0.000				0.058			
p		0.875				1.000				0.809			
Sigara kullanma durumu	Evet	20	19.6	3	23.1	20	18.9	3	33.3	21	20.2	2	18.2
	Hayır	82	80.4	10	76.9	86	81.1	6	66.7	83	79.8	9	81.8
x²		0.000				0.369				0.000			
p		1.000				0.543				1.000			

Tablo 16. (Devam) Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kesme Puanlarının Karşılaştırılması

Kronik hastalık varlığı	Evet	9	8,8	1	7,7	8	7,5	2	22,2	8	7.7	2	18.2
	Hayır	93	91.2	12	92.3	98	92.5	7	77.8	96	92.3	9	81.8
x²		0.000				0.781				0.374			
p		1.000				0.377				0.541			
Gebelik sayısı	Bir	37	36.3	5	38.5	42	39.6	-	-	39	37.5	3	27.3
	İki	22	21.6	3	23.1	22	20.8	3	33.3	21	20.2	4	36.4
	Üç	20	19.6	3	23.1	22	208	1	11.1	21	20.2	2	18.2
	Dört ve üzeri	23	22.5	2	15.4	20	18.9	5	55.6	23	22.1	2	18.2
x²		1.781				**9.458**				1.598			
p		0.637				**0.009***				0.676			
Doğum sayısı	Yok	45	44.1	6	46.2	51	48.1	-	-	48	46.2	3	27.3
	Bir	29	28.4	4	30.8	28	26.4	5	55.6	28	26.9	5	45.5
	İki	19	18.6	2	15.4	19	17.9	2	22.2	19	18.3	2	18.2
	Üç ve üzeri	9	8.8	1	7.7	8	7.5	2	22.2	9	8.7	1	9.1
x²		0.260				**10.444**				2.254			
p		1.000				**0.007***				0.484			
Çocuk sayısı	Yok	45	44.1	6	46.2	51	48.1	-	-	48	46.2	3	27.3
	Bir	29	28.4	4	30.8	28	26.4	5	55.6	28	26.9	5	45.5
	İki	19	18.6	2	15.4	19	17.9	2	22.2	19	18.3	2	18.2
	Üç ve üzeri	9	8.8	1	7.7	8	7.5	2	22.2	9	8.7	1	9.1
x²		0.260				**10.444**				2.254			
p		1.000				**0.007***				0.484			
Gebelik kaybı	Evet	29	28.4	4	30.8	29	27.4	4	44.4	30	28.8	3	27.3
	Hayır	73	71.6	9	69.2	77	72.6	5	55.6	74	71.2	8	72.7
U		0.000				0.496				0.000			
p		1.000				0.481				1.000			
Gebelik haftası	28 hafta ve altı	20	19.6	7	23.5	26	24.5	1	11.1	22	21.2	5	45.5
	29 hafta ve üstü	82	80.4	6	76.5	80	75.5	8	88.9	82	78.8	6	54.5
U		**5.738**				0.252				2.057			
p		**0.017***				0.616				0.152			
Gebelik türü	Tekil	101	99.0	13	99.1	105	99.1	9	100.0	103	99.0	11	100.0
	Çoğul	1	1.0	0	0.9	1	0.9	0	0.0	1	1.0	0	0.0
U		0.000				0.000				0.000			
p		1.000				1.000				1.000			

*p<0,05, Mann Whitney U, x² : Ki kare testi

4.9. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Prenatal Bağlanma Envanterinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

YÜT ile gebe kalan kadınların tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine göre Prenatal Bağlanma Envanteri puanlarının karşılaştırılma sonuçları Tablo 17'de verilmiştir. YÜT ile gebe kalan kadınların PBE toplam puan ortalamaları gebelerin yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). YÜT ile gebe kalan kadınların PBE toplam puan ortalamaları gebelerin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre; üniversite ve üzeri eğitim mezunu olanların ilköğretim ve altı eğitim mezun olanlara göre bağlanma puanları daha düşüktür. YÜT ile gebe kalan kadınların PBE toplam puan ortalamaları gebelerin eşin eğitim durumuna, eşin çalışma durumuna, gelir durumuna, yaşanılan yere, aile tipine, sosyal güvence varlığına, evlilik süresine, sigara kullanma durumuna ve kronik hastalık varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

YÜT ile gebe kalan kadınların PBE toplam puan ortalamaları gebelerin gebelik sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre; iki gebelik yaşayanların bağlanma puanları daha fazla gebelik yaşayanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. YÜT ile gebe kalan kadınların PBE toplam puan ortalamaları gebelerin doğum sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). YÜT ile gebe kalan gebelerin PBE toplam puan ortalamaları gebelerin çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hangi gruplar arasında fark olduğunu tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre, bir çocuğu olanların bağlanma puanları iki ve üç çocuğu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. YÜT ile gebe kalan kadınların PBE toplam puan ortalamaları katılımcıların gebelik kaybına ve gebelik türüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). YÜT ile gebe kalan kadınların PBE toplam puan ortalamaları gebelerin gebelik haftasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hangi gruplar arasında

fark olduğunu tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi Bonferroni'ye göre; gebelik haftası 28 hafta ve altı olanların PBE toplam puan ortalamaları gebelik haftası 29 hafta ve üstü olanlara göre daha düşüktür.

Tablo 17. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Prenatal Bağlanma Envanterinin Karşılaştırılması

Değişkenler		**Prenatal Bağlanma Envanteri**				
		Min	**Maks**	**Mdn**	**$\bar{X}$**	**SS**
Yaş	27 yaş ve altı	49.00	81.00	67.00	66.55	8.63
	28 yaş ve üstü	44.00	84.00	67.00	65.98	9.18
U		912.000				
p		0.811				
Eğitim durum	Okuryazar (1)	44.00	75.00	63.00	62.43	9.73
	İlköğretim/ Ortaöğretim (2)	49.00	82.00	69.00	68.78	7.94
	Lise (3)	50.00	84.00	67.00	66.77	8.17
	Üniversite ve üzeri (4)	45.00	77.00	62.00	61.47	9.82
KW		**8.195**				
p		**0.042***				
Bonferroni		**4>2**				
Eş eğitim durum	Okuryazar	59.00	75.00	67.00	67.00	11.31
	İlköğretim/ Ortaöğretim	49.00	81.00	68.00	68.22	7.20
	Lise	44.00	82.00	65.50	65.32	8.77
	Üniversite ve üzeri	45.00	84.00	62.00	63.80	11.31
KW		3.272				
p		0.351				
Çalışma durumu	Çalışıyor	45.00	77.00	70.00	66.00	10.41
	Çalışmıyor	44.00	84.00	67.00	66.28	8.67
U		457.500				
p		0.779				
Eş çalışma durumu	Çalışıyor	45.00	84.00	67.00	66.80	8.67
	Çalışmıyor	44.00	68.00	59.50	58.67	8.94
U		127.000				
p		0.052				
Gelir durumu	Gelir giderden düşük	44.00	82.00	68.00	66.94	8.39
	Gelir gidere denk	45.00	81.00	66.00	65.80	8.93
	Gelir giderden fazla	50.00	84.00	67.00	66.17	12.24
KW		0.338				
p		0.844				
Yaşanılan yer	İl	52.00	82.00	66.00	67.50	9.01
	İlçe	44.00	84.00	67.00	65.70	8.95
	Köy	61.00	76.00	71.00	69.33	7.64
KW		0.717				
p		0.699				
Aile tipi	Çekirdek aile	44.00	84.00	67.00	66.30	8.86
	Geniş aile	49.00	80.00	66.00	65.80	9.55
U		370.000				
p		0.842				
Sosyal güvence varlığı	Evet	44.00	84.00	67.00	66.30	9.14
	Hayır	54.00	81.00	66.00	66.05	8.25
U		644.500				
p		0.630				
Evlilik süresi	5 yıl ve altı	45.00	84.00	67.00	66.98	9.38
	6 yıl ve üstü	44.00	82.00	66.00	65.41	8.33
U		818.000				
p		0.287				

Tablo 17. (Devam) YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Prenatal Bağlanma Envanterinin Karşılaştırılması

Sigara kullanma durumu	Evet	60.00	73.00	67.00	67.33	3.91
	Hayır	44.00	84.00	67.00	66.12	9.30
U		333.000				
p		0.802				
Kronik hastalık varlığı	Evet	45.00	84.00	67.50	66.36	11.02
	Hayır	44.00	82.00	67.00	66.22	8.51
U		498.500				
p		0.885				
Gebelik sayısı	Bir (1)	45.00	84.00	67.00	65.85	10.38
	İki (2)	54.00	80.00	69.00	68.90	6.08
	Üç (3)	52.00	79.00	61.00	63.27	6.96
	Dört ve üzeri (4)	44.00	64.00	61.50	57.75	9.46
KW		**8.099**				
p		**0.044***				
Bonferroni		**2>3.4**				
Doğum sayısı	Yok	45.00	84.00	67.00	65.87	9.18
	Bir	59.00	80.00	70.50	69.72	6.23
	İki	58.00	72.00	61.00	62.80	5.63
	Üç ve üzeri	44.00	44.00	44.00	44.00	
KW		7.004				
p		0.072				
Çocuk sayısı	Yok (1)	45.00	84.00	67.00	65.87	9.18
	Bir (2)	59.00	80.00	71.00	69.84	6.08
	İki (3)	58.00	64.00	60.00	60.50	2.65
	Üç ve üzeri (4)	44.00	44.00	44.00	44.00	
KW		**8.860**				
p		**0.031***				
Bonferroni		**2>3.4**				
Gebelik kaybı	Evet	52.00	79.00	66.00	65.93	6.24
	Hayır	44.00	84.00	67.00	66.38	9.89
U		-0.615				
p		0.538				
Gebelik haftası	29 hafta altı	44.00	79.00	65.00	63.45	8.75
	29 hafta ve üstü	53.00	84.00	71.00	70.59	7.30
U		**-3.579**				
p		**0.000***				
Gebelik türü	Tekil	44.00	84.00	67.00	66.18	9.02
	Çoğul	47.00	78.00	67.00	66.64	8.30
U		-0.211				
p		0.833				

*p<0.05, U: Mann Whitney U, KW: Kruskal Wallis H

Spontan gebe kalan kadınların tanıtıcı ve obstetrik özelliklerine göre Prenatal Bağlanma Envanteri toplam puan ortalamasının karşılaştırılma sonuçları Tablo 18'de verilmiştir. Sonuçlara göre; Spontan gebe kalan kadınların PBE puanları gebelerin yaşa, eğitim durumuna, eşin eğitim durumuna, çalışma durumuna, eşinin çalışma durumuna, gelir durumuna, yaşanılan yere, aile tipine, sosyal güvence varlığına, evlilik süresine, sigara kullanma durumuna, kronik hastalık varlığına, gebelik sayısına, doğum sayısına,

çocuk sayısına, gebelik kaybına, gebelik haftasına ve gebelik türüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Tablo 18. Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstretrik Özelliklerine Göre Prenatal Bağlanma Envanterinin Karşılaştırılması

Değişkenler		**Prenatal Bağlanma Ölçeği**				
		Min	**Maks**	**Mdn**	$\bar{X}$	**SS**
Yaş	27 yaş ve altı	42.00	84.00	72.00	70.78	7.48
	28 yaş ve üstü	51.00	84.00	69.00	68.39	8.47
U		1353.000				
p		0.116				
Eğitim durum	Okuryazar	60.00	72.00	69.00	67.86	4.14
	İlköğretim/ Ortaöğretim	42.00	84.00	71.00	70.06	9.17
	Lise	54.00	80.00	70.00	70.35	6.48
	Üniversite ve üzeri	52.00	84.00	71.00	68.81	8.43
KW		1.271				
p		0.736				
Eş eğitim durum	Okuryazar	67.00	72.00	70.50	70.00	2.45
	İlköğretim/ Ortaöğretim	42.00	84.00	69.00	68.47	8.47
	Lise	54.00	82.00	71.00	70.63	6.75
	Üniversite ve üzeri	52.00	84.00	71.50	70.46	9.20
KW		1.900				
p		0.593				
Çalışma durumu	Çalışıyor	51.00	84.00	70.50	68.31	9.03
	Çalışmıyor	42.00	84.00	70.00	70.13	7.66
U		1039.000				
p		0.430				
Eş çalışma durumu	Çalışıyor	42.00	84.00	70.00	69.69	8.06
	Çalışmıyor	67.00	77.00	69.00	71.00	5.29
U		158.500				
p		0.867				
Gelir durumu	Gelir giderden düşük	53.00	84.00	72.00	72.00	7.13
	Gelir gidere denk	42.00	84.00	70.00	68.84	8.65
	Gelir giderden fazla	59.00	82.00	70.00	69.41	5.88
KW		3.092				
p		0.213				
Yaşanılan yer	İl	56.00	82.00	70.00	69.71	6.94
	İlçe	42.00	84.00	71.00	69.87	8.46
	Köy	62.00	73.00	66.00	66.75	4.65
KW		1.218				
p		0.544				
Aile tipi	Çekirdek aile	42.00	84.00	70.00	69.34	8.02
	Geniş aile	52.00	82.00	71.00	71.26	7.81
U		901.000				
p		0.272				
Sosyal güvence varlığı	Evet	42.00	84.00	70.00	69.28	8.27
	Hayır	62.00	84.00	70.00	71.71	6.33
U		858.000				
P		0.350				

Tablo 18. (Devam) Spontan Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstretrik Özelliklerine Göre Prenatal Bağlanma Envanterinin Karşılaştırılması

Evlilik süresi	5 yıl ve altı	42.00	84.00	70.50	69.91	8.24
	6 yıl ve üstü	51.00	84.00	70.00	69.49	7.73
U		1553.500				
p		0.658				
Sigara kullanma durumu	Evet	52.00	82.00	70.00	70.26	7.10
	Hayır	42.00	84.00	71.00	69.59	8.22
U		1037.500				
p		0.886				
Kronik hastalık varlığı	Evet	56.00	80.00	77.00	73.70	7.67
	Hayır	42.00	84.00	70.00	69.34	7.94
U		340.000				
p		0.066				
Gebelik sayısı	Bir	52.00	82.00	71.00	70.62	6.92
	İki	42.00	82.00	72.00	69.08	9.11
	Üç	51.00	82.00	68.00	67.83	8.02
	Dört ve üzeri	52.00	84.00	70.00	70.60	8.54
KW		2.285				
p		0.515				
Doğum sayısı	Yok	52.00	84.00	72.00	71.29	7.03
	Bir	42.00	82.00	67.00	67.30	9.04
	İki	52.00	82.00	70.00	69.38	8.22
	Üç ve üzeri	60.00	84.00	69.00	70.40	7.50
KW		4.564				
p		0.207				
Çocuk sayısı	Yok	52.00	84.00	72.00	71.29	7.03
	Bir	42.00	82.00	67.00	67.30	9.04
	İki	52.00	82.00	70.00	69.38	8.22
	Üç ve üzeri	60.00	84.00	69.00	70.40	7.50
KW		4.564				
p		0.207				
Gebelik kaybı	Evet	51.00	84.00	71.00	69.48	8.95
	Hayır	42.00	84.00	70.00	69.82	7.62
U		-1.275				
p		0.202				
Gebelik haftası	28 hafta ve altı	56.00	82.00	68.00	68.70	5.94
	29 hafta ve üstü	42.00	84.00	71.00	70.03	8.52
U		-0.211				
p		0.833				
Gebelik türü	Tekil	42.00	84.00	70.00	69.61	7.94
	Çoğul	82.00	82.00	82.00	82.00	
U		-1.613				
p		0.107				

*$p<0.05$, KW: Kruskal Wallis, U: Mann Whitney

5. TARTIŞMA

Spontan veya yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik halinin, prenatal stres ve bağlanma düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür ile tartışılmıştır. Spiritüel iyilik hali ve gebelik süreci ile ilgili ülkemizde yapılan araştırmalar sınırlıdır. Literatürde spiritüalitenin sıklıkla fertilite tedavisi sürecinde incelenmiş olduğu tedavi sonrası gebelik sürecinde nadiren ele alındığı görülmüştür. Bu doğrultuda literatürde konu ile ilgili önemli bir boşluk bulunmaktadır.

Gebe grupları ile tanıtıcı özellikleri arasındaki ilişkiyi test etmek için kullanılan ki kare analizi sonucunda gebelerin gruplarının tanıtıcı özelikleri bakımından homojen olduğu görülmüştür. Homojen olması çalışmanın sonuçlarını etkilememesi açısından önemlidir.

Çalışmadan elde edilen bulgular, aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların YÜT Tedavisine İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

5.2. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarına ve Kesme Puanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Prenatal Bağlanma Envanterine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

5.5. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri Arasındaki İlişki Bulgularının Tartışılması

5.1. YÜT ile Gebe Kalan Kadınların YÜT Tedavisine İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Çalışmamızda gebelerin fertilite sorununun nedenleri incelendiğinde %58.6'sının kadından, %18.4'ünün erkekten olduğu saptanırken, %23'ünün sebebinin açıklanamadığı saptanmıştır. Çavuşoğlu (2015) tarafından infertilite tedavileri sonrası gebe kalan kadınların yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının incelendiği çalışmada bulgularımıza benzer fertilite sorunlarının %52'sinin kadın faktörü, %15'inin erkek faktörü belirtilirken, bulgularımızdan farklı olarak %14 oranında sebebi açıkalanamayan infertilite tespit edilmiştir (234). Özdemir (2021) tarafından yapılan çalışmada bulgularımızdan farklı olarak %34.6 oranında kadın kaynaklı, %9 oranında erkek kaynaklı infertilite sorununun yaşandığı belirlenmiştir. Bunun yanı sıra bulgularımıza benzer şekilde %23.1 oranında infertilite nedeninin bilinmediği belirtmiştir (49). İnfertilitenin sıklığı ve nedenleri ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişkenlik göstermektedir (2). Yapılan çalışmalarda ve araştırma bulgularımızda yüzdeler değişkenlik gösterse de kadın kaynaklı fertilite sorunu daha yüksek oranda görülmeye devam etmektedir.

Çalışmamızda YÜT ile gebe kalan kadınların bebek sahibi olmayı isteme süresi 4.02±3.38 yıl olarak; infertilite tedavi süresi ortalaması 2.00 ±1.98 yıl olarak tespit edilmiştir. Çalışma bulgularımızı destekler nitelikte olan Altun (2022) tarafından yapılan çalışmada da infertilite süresi 3.33±1.07 yıl, infertilite tedavi süresi 1.82±0.65 yıl olarak bildirmiştir (235). Bu bulgular tedavi sonrası gebeliğin elde edilmesi için geçen sürenin kısa olduğunu göstermektedir. Bunun nedeninin YÜT'deki teknolojik gelişmelerle başarı oranının artmasından ve çalışmamızdaki fertilite tedavisi gören kadınların yaş ortalamasının düşük olmasından kaynaklandığı düşülmektedir.

Çalışmamıza katılan gebelerin yarısından fazlası daha önce YÜT tedavisi almış ve en çok alınan tedavi IVF (%31.9) ve IUI (%27.7) olmuştur. Gebelerin şu anki tedavileri incelendiğinde ise %37.9'unun IVF; %27.6'sının hormon ve %19.5'inin IUI tedavisi aldığı görülmüştür. Çalışmamızda gebelik elde etmek için en sık kullanılan tedavi IVF yöntemidir. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde Aksu (2021) ve Başgöl (2018) çalışmalarında en sık kıllanılan yöntemin IVF tedavisi olduğunu bildirmiştir

(236, 237). IVF tedavisinin yaygın kullanım nedeni, siklus başına fekundabilte oranın daha yüksek ve günümüzde genetik bozukluklarının erken embriyo aşamasında tanılanmasında başarılı olmasıdır (238). Kavlak ve ark. (2020) ise çalışma bulgularımızdan farklı olarak infertilite tedavisinde kullanılan yöntemlerin sırasıyla; %51.9 ICSI, %32.3 IVF, %12.8 IUI olarak saptamışlardır (33). Bu farklılığın çalışmaların farklı infertilite nedenlerine sahip katılımcılarla gerçekleştirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü ICSI tedavi yöntemi erkek fakörlü fertilite sorunlarında sıklıkla kullanılan bir yöntemdir (239).

5.2. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Watson bakım kuramına dayalı olarak 1999 yılında Jesse tarafından geliştirilen Holistic Obstetrical Problem Evalution (HOPE) teorisinde beden, zihin ve ruhun birbiriyle ilintili olduğu ve gebelik döneminde bakımın biyofiziksel, psikososyal, spiritüel ve algısal bileşenleri çerçevesinde bütüncül olarak ele alınması gerektiğinin önemi vurgulanmıştır (240). Ancak sağlık bilimindeki teknolojik gelişmelerle gebelik medikalize bakım odaklı hale gelmiştir. Bu da gebeliğin kültürel ve spiritüel değerlerinden uzaklaşmasına neden olmuştur (212). Son yıllarda gebeliğin spiritüel bir süreç olduğu ve spiritüel iyilik hallinin kadının gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme hazırlanması için gerekli olduğu görüşü tekrar öne çıkmıştır (187, 197).

Spiritüel iyilik halinin artması, zorlu süreçlerin üstesinden gelmeyi kolaylaştıran bir durumdur. Bu nedenle zorlu tedavi sürecinden geçip gebelik elde eden kadınlar ile spontan gebe kalan kadınlar arasında spiritüel iyilik hali açısından fark olup olmadığı sorusu doğmaktadır. Bu sorudan hareketle bu çalışmamızda YÜT ile gebe kalan kadınlar ile spontan gebe kalan kadınların spiritüel iyilik hali ayrı ayrı incelenmiş ve karşılaştırılmıştır. Çalışma bulgularımızda YÜT ile gebe kalan kadınların SİOÖ puan ortalaması 124.52±12.00, spontan gebe kalan kadınların 123.92±9.02 olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puanın 29, en yüksek puanın 145 olduğu göz önünde bulundurulduğunda çalışmaya katılan gebelerin spiritüel iyilik halinin yüksek düzeyde olduğu ve spontan gebe kalan kadınlarla YÜT ile gebe kalan kadınların

spiritüel iyilik hali arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Gebelerin ilahi güce olan bağlılığına, doğa ve çevreyle olan uyumuna ve yaşamın anlam ve amacına yönelik olumsuz düşüncelerine göre aralarında farklılığın olmadığı görülmüştür.

Literatürde gebelik ve spiritüelite üzerine yapılan çalışmaların spontan gebeler üzerinde yoğunlaştırıldığı ve nitel olarak gerçekleştirildiği dikkat çekmektedir (209, 241-245). Aynı zamanda spontan ve YÜT ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik hali açısından karşılaştıran çalışma bulunmamaktadır. Spontan gebe kalan kadınların gebelik döneminde spiritüel iyilik hali ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; Bilgiç ve Bilgin (2021), spontan gebelerde doğum korkusu ile psikolojik ve spiritüel iyilik arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürüttükleri çalışmada gebelerin SİOÖ aşkınlık alt boyutu puan ortalaması 67.57±7.57, doğayla uyum alt boyutunun puan ortalaması 31.47±3.50, anomi boyutu alt puan ortalaması 36.44 ± 4.44 ve SİOÖ toplam puan ortalaması 125.59 ± 12.97 olarak saptamıştır (243). Doğru (2022), Covid-19 salgında gebelerin manevi durumlarının yaşam kalitesine etkisini incelediği tez çalışmasında gebelerin aşkınlık alt boyutunun puan ortalaması 62,38±12,16, doğayla uyum alt alan puan ortalaması 29,93±5,72, anomi alt alan puan ortalaması 27,48±6,15 ve SİOÖ toplam puan ortalaması 119,80±20,94 olarak belirlemiştir (244). Durmuş ve ark. (2022)' nın gebelerin Covid-19 korkusu, depresyon ve spiritüel iyi oluşları arasındaki ilişkiyi belirledikleri çalışmada SİOÖ toplam puan ortalaması 117,15±15,9 olarak bildirilmiş ancak alt boyut ortalamaları verilmememiştir (245). Çalışma ölçeğimizden farklı olarak "Spiritual Well Being Scale" kullanarak İran'daki spontan gebelerin spiritüel iyi oluş toplam puan ortalamasını Rafiei ve ark. (2020) 104.15±10.59, Chehrazi ve ark. (2020) 101.5±10.59 olarak saptamıştır. Çalışmalar örneklemini oluşturan gebelerin spiritüel iyilik halini yüksek olarak değerlendirmişlerdir. Çalışmamızdaki spontan gebelerin spiritüel iyilik hallerinin yüksek olması literatür ile paralellik göstermektedir (179, 39).

Literatürde YÜT ile gebe kalan kadınlarda spiritüel iyilik haline gebelik sürecinden daha sık fertilite tedavi sürecinde odaklanıldığı görülmektedir (246-249). Etemadifar ve ark. (2016) fertilite tedavi sürecindeki kadınların tedaviye ilişkin krizlerle başa çıkmak ve ağrılarında anlam ve umut bulmak için spiritüaliteden destek aldıklarını,

spiritüel inanca sahip kadınların tedavi sürecine daha uyumlu olduklarını ve gebe kalma olasılığına daha umutlu olduklarını bildirmiştir (247). Duran ve Öz (2022) tarafından yapılan çalışmada fertilite tedavisi alan kadınların (n:150) spiritüel iyilik halinin umut düzeylerine etkisi incelenmiş ve çalışma sonucunda spiritüel iyilik hali yüksek olan kadınların umut düzeyleri ortalamanın üzerinde bulunmuştur (248). Bu çalışmalar doğrultusunda çalışmamızda YÜT ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik halinin yüksek olması kadınların zorlu tedavi sürecinde baş etmeye yardımcı faktör olarak kullandıkları spritüaliteye gebelik döneminde de başvurduklarını göstermektedir. Nitekim Ranjbar ve ark. (2015) tarafından yapılan nitel çalışmada kadınların spiritüel inanç ve değerlerini hem tedavi sürecinde hem gebeliklerinde karşılaştıkları zorluklarla mücadele etmelerine yardımcı olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada kayıp korkusu yaşayan bir kadının "Bazen daha fazla bir şey yapamayacağımı hissediyorum. O zaman Kur'an-ı Kerim okuyorum ve dua ediyorum. Tanrı'dan gelen güce güveniyorum." ifadelerini kullandığına ve spiritüaliteden güç aldığına yer verilmiştir (249).

Bu doğrultuda YÜT ile gebe kalan kadınların hem fertilite tedavi sürecinde hem gebelik sürecinde spiritüailite önemli bir yere sahiptir. Ayrıca gebelerin görünen veya görünmeyen yüce bir güce yakınlık kurması, spiritüel materyalleri okuması, dua gibi ritüelleri gerçekleştirmesi ile destek, güç, güven ve umut buldukları görülmektedir. Dolayısıyla prenatal bakımda hemşireler tarafından gebelerin spiritüel iyilik halinin değerlendirilmesi, spiritüel değer ve inançlara karşılık gelen holistik bakımın sağlanması son derece önemlidir.

5.3. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamalarına ve Kesme Puanlarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

İstenilen bir bebeğe sahip olmak ve ebeveynliğe geçiş genellikle mutlu, neşeli ve heyecan verici bir olay olarak değerlendirilmektedir. Ancak YÜT ile gebe kalan kadınlarda, gebelik elde edilene kadar fertilite tedavi sürecinin yarattığı duygusal değişikler gebelik oluşsa bile hemen ortadan kalkmayabilir (15, 24). YÜT ile gebe kalan kadınlarda preeklampsi, gestasyonel diyabet, pretem eylem, abortus ve çoğul gebelik gibi olumsuz obstetrik ve perinatal sonuçların spontan gebe kalan kadınlara kıyasla daha

fazla yaşandığı belirtilmektedir (123, 124). Gebelik tek başına stres kaynağı olabilirken uzun bir tedavi dönemi boyunca beklenen gebelik bu risklerle birleştiğinde kadınlar gebeliğin son bulacağına dair stres yaşayabilirler.

Prenatal stresin maternal-fetal iyilik haline olumsuz etkisi göz önünde bulundurulduğunda gebelerin stres düzeylerinin belirlenmesi oldukça önemlidir (159-161). Ülkemizde spontan ve YÜT ile gebe kalan kadınların stres düzeylerini inceleyen az sayıda çalışma bulunmasıyla beraber çalışmada kullandığımız "Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği" ile YÜT ile gebe kalan kadınlarda prenatal stresi değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Literatürde YÜT ve spontan gebelerde prenatal stresi karşılaştıran çalışma sonuçları farklılık göstermektedir (18,250-253). Keskin (2014) tarafından yapılan tez çalışmasında doğal yolla gebe kalan primigravida kadınlar (n:177), multigravida kadınlar (n:60) ve YÜT ile gebe kalan kadınlar (n:122) olmak üzere 3 grubun psikosoyal sağlıkları değerlendirilmiştir. Araştıma sonucunda "Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği" kaygı ve strese ait özellikler alt boyutunda sorun yaşayan grubun YÜT ile gebe kalan kadınlar olduğu saptanmıştır. Araştırmacı bu farklılığın YÜT ile gebe kalan kadınların gebeliği zor elde eden ve gebelik şikayetleri ile risklerini (ödem, hipertansiyon/preeklampsi, gestasyonel diyabet, EDT, vb.) en fazla yaşayan grup olmasından kaynaklandığını ifade etmiştir (250). Başgöl (2018) YÜT sonrası gebe kalan kadınlar (n:69) ile spontan gebe kalan kadınların (n:139), "Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği" kullarak yürüttüğü tez çalışmasında, YÜT sonrası gebe kalan kadınların anksiyete ve stres belirtilerini daha fazla yaşadığı saptanmıştır (237). Darwiche ve ark. (2014) tarafından İsviçre'de Down sendromu tarama testi öncesinde spontan ve IVF/ICSI yolu ile gebe kalan kadınların "Psychological Stress Measure (Psikolojik Stres Ölçeği)" ile stres düzeyleri incelenmiştir. Çalışma sonucunda IVF/ICSI ile gebe kalan kadınların spontan gebelere kıyasla daha yüksek stres düzeylerine sahip oldukları saptanmıştır (251). Blanco-Gorcia ve ark. (2018) İspanya'da spontan (n: 183) ve IVF (n: 60) ile gebe kalan kadınların stres biyobelirteçleri olan tükürük kortizol ve a-amilaz seviyelerini ölçerek stres düzeylerini karşılaştırmıştır. Çalışma sonucunda IVF ile gebe kadınlarda stres seviyesi daha yüksek olduğu

bildirilmiştir (252). Baor ve ark. (2010) tarafından İsrail'de yapılan çalışmada IVF tedavisi sonucu ikiz gebelikler (n:88) ile spontan ikiz gebeliklerin (n:98) prenatal dönemde stres düzeylerini incelemiş ve IVF grubundaki annelerin gebelik boyunca maternal stres düzeylerinin spontan gebelere göre önemli ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır (18). Ancak Kayabaşı (2018) tarafından yürütülen tez çalışmasında YÜT ile gebe kalan kadınların (n:120) prenatal stres düzeyleri "Algılanan Stres Ölçeği" ile değerlendirilmiş ve çalışma sonucunda normal gebeler ile yapılan çalışmalara kıyasla daha düşük düzeyde stres yaşadıkları saptanmıştır. Araştırmacı düşük stres düzeyinin uzun süredir beklenen gebeliğin verdiği mutluluktan kaynaklandığını ifade etmiştir (253).

Çalışmamızda ise yukardaki çalışma sonuçlarının tersine YÜT ile gebe kalan kadınların TGDÖ puan ortalaması 15.79±8.41, spontan gebe kalan kadınların 14.84±8.09 olarak belirlenmiş ve gebe kalma şeklinin prenatal stresi etkilemediği saptanmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin genel olarak aldıkları toplam puan ortalamalarının düşük olduğu ve distres yaşamadıkları söylenebilir. İki grup arasında farklılığın olmama nedeninin ise YÜT ile gebe kalan kadınların beklenen gebeliği pozitif duygular ve hedefler geliştirerek geçirmelerinden ve gebeliklerinde herhangi bir sağlık problemi yaşamamış olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim Japonya'da Yoshimasu ve ark. (2017) YÜT tedavisi alan grup (239 anne, 151 baba), YÜT dışında fertilite tedavisi alan grup (350 anne, 215 baba) ve spontan gebe grup (8514 anne, 5510 baba) olmak üzere üç grubun "Kessler Six-item Psycological Distress Scale (Kesler 6 Maddeli Psikolojik Distres Ölçeği)" kullanarak prenatal psikolojik distresi incelemiş ve çalışma bulgularımıza benzer şekilde gruplar arasında psikolojik distres açısından farklılık saptamamıştır (254).

Fertilite tedavisi sonrası gebeliklerde spontan gebeliklere kıyasla daha yüksek düzeyde stres yaşandığını bildiren çalışmalara bakıldığında ise; riskli gebeliklerin örneklemden dışlanmaması (250), verilerin bebeğin sağlığına ilişkin tarama testlerinden hemen önce toplanması (251), çoğul gebelik yaşayan grupların karşılaştırılması (18) açısından çalışmamızdan farklıdır. Bu metodolojik farklılıklar ve veri toplama araçlarının aynı olmaması çalışma bulgularımızın benzer olmama nedenini açıklayabilir.

Çalışmamızda TGDÖ kesme puanına göre 28 ve üzerinde puan alarak prenatal stres yaşayan kadınların oranı YÜT ile gebe kalan kadınlarda %12.6 iken spontan gebe kalan kadınlarda %9.6'dır. YÜT ile gebe kalan kadınların prenatal stres düzeyi spontan gebe kalan kadınlara göre yüksek olsa da, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). TGDÖ alt boyutları kesme puanları irdelendiğinde gebelerin eş katılımı (YÜT grubu için; %5.7, spontan grup için; % 7.8) ve olumsuz duygulanım (YÜT grubu için; %13.8, spontan grup için; %11.3) açısından aralarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak YÜT ile gebe kalan kadınların spontan gebelere kıyasla daha yüksek düzeyde olumsuz duygulanım yaşadığı ve eş desteği aldığı söylenebilir. YÜT ile gebe kalan kadınların spontan gebe kadınlara göre erken gebelik haftasında olması, gebeliği kaybetme korkusunun ve fetüsün sağlık duruma ilişkin endişelerin fazla yaşanmasına yol açarak olumsuz duygulanımı ve prenatal distresi etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda prenatal dönemde hemşirelerin fertilite tedavisinin yarattığı duygusal krizler nedeniyle gebeliğin erken dönemlerinde olumsuz duygulanımın yaşanabileceğini göz önünde bulundurarak bakım sağlanması gerektiği ve böylece prenatal dönemde yaşanılan stresin önlenebileceği açıkça görülmektedir.

5.4. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Prenatal Bağlanma Envanterine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Prenatal bağlanma, gebeliğe ve ebeveynliğe uyumda kolaylaştırıcı, gebelik sırasında iyi sağlık uygulamalarını motive edici ve prenatal depresyona karşı koruyu olmasından dolayı önemlidir. Ayrıca bebeğin erken dönemde bilişsel, sosyal, duygusal, fiziksel, zihinsel ve dil gelişimi sürecinde beklenen davranışlara uyum sağlaması açısından önemlidir (31, 36, 37). Prenatal dönemde bağlanma ilişkileri yüksek olan kadınların bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak annelik rolüne ve kimliğine hazır olduğu belirtilmektedir (137).

Literatürde YÜT ve spontan gebelerde prenatal bağlanmayı karşılaştıran çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. McMahon ve ark. (2011) tarafından Avustralya'da 25-40. gebelik haftasında olan YÜT ile gebe kalan 297 kadın ile spontan gebe kalan 295 kadının prenatal bağlanma düzeyleri "Cranley's Maternal Fetal Attachment Scale"

kullanılarak karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda YÜT ile gebe kalan kadınların daha yüksek maternal fetal bağlanma düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir (255).

Chen ve ark. (2011) tarafından Tayvan'da yürütülen çalışmada 28. hafta ve üzeri gebelik haftasında fertilite tedavisi alan (n:60) ve almayan (n:65) gebelerin bağlanma düzeyleri "Cranley's Maternal Fetal Attachment Scale" kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştıma sonucunda fertilite tedavisi alan gebelerin tedavi almayan gebelere kıyasla prenatal bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (256). Bu çalışmalarda YÜT gebelerde prenatal bağlanmanın yüksekliğin nedeninin gebelerin ileri gebelik haftasında olması nedeniyle gebeliği kaybetme korkusunun azalmasından, gebeliğe ve annelik rolüne adaptasyonun artmasından fetal hareketlerin daha belirgin hale gelmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmacılar tarafından YÜT ile gebe kalan kadınların uzun süredir çaba sarf ettikleri tedavi sonucunda istenilen gebeliği elde etmenin verdiği sevinç ve mutluluk ile fetüse karşı daha güçlü bağlanma yaşadıkları ifade edilmektedir (255, 256).

Udry-Jørgensen ve ark. (2015) tarafından İsviçre'de yürütülen çalışmada, spontan (n:51) ve YÜT (n: 52) ile gebelik elde eden çiftin "Condon's Maternal Antenatal Scale" kullanılarak doğum öncesi bağlanma düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çalışmada down sendromu tarama testi öncesi (12. hafta) ve sonrası (14. Hafta) veriler toplanmış ve her iki grup arasında bağlanma açısından farkın olmadığı tespit edilmiştir (257). İsviçre'de Hjelmstedt ve ark. (2006) tarafından spontan (n:41) ve IVF (n:56) ile gebe kalan kadınların prenatal bağlanma düzeyleri 26. ve 36. gebelik haftalarında "Muller's Prenatal Attachment Inventory" kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda IVF sonrası gebelerin diğer gebelerle aynı oranda bağlı oldukları ve gebe kalma şeklinin prenatal bağlanma üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir (258).

Saadat (2017) tarafından yürütülen tez çalışmasında doğal yolla (n:42) ve IVF (n.41) ile gebe kalan kadınların prenatal bağlanma düzeyleri gebeliğin 26. ve 34. haftasında olmak üzere iki kere "Prenatal Bağlanma Envanteri" kullanılarak değerlendirilmiştir. İlk görüşmede (26.hafta) IVF ile gebe kalan kadınların (59.75±1.61) spontan gebe kalan kadınlara (62.71±1.69) kıyasla PBE toplam puan ortalaması daha düşük olsada aralarında anlamlı farklılık belirlenmemiştir. Aynı şekilde ikinci

görüşmede (34. hafta) IVF ile gebe kalan kadınlar (62.72±1.57) ile doğal yolla gebe kalan kadınlar (64.05±1.68) arasında PBE puan ortalaması açısından farklılık saptanmamıştır (232). Ranjbar ve ark. (2021) çalışmalarında gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterinde YÜT ile gebe kalan kadınlar (n:43) ile spontan gebe kalan kadınların (n:143) maternal fetal bağlanma düzeylerini karşılaştırmıştır. Gebeliğin birinci trimesterinde YÜT ile gebe kalan kadınların bağlanma puanları spontan gebe kadınlara kıyasla düşük olsa da birinci ve üçüncü trimesterde iki grup arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir (259).

Çalışmamızda yukardaki çalışma sonuçlarının tersine YÜT ile gebe kalan kadınların PBE düzeyleri spontanlara göre daha düşük saptanmıştır. Pellerone ve Micciche (2014) İtalya'da 23-37. gebelik haftasında olan spontan (n:48) ve IVF (n:43) ile gebe kalan kadınların prenatal bağlanma düzeylerini "Cranley's Maternal Fetal Attachment Scale" ile incelemiştir. Çalışma sonucunda IVF ile gebe kalan kadınların spontan gebelere kıyasla daha düşük düzeyde bağlanma gösterdikleri saptanmıştır (260). Kavlak ve ark. (2020) tarafından yürütülen çalışmada fertilite tedavisi ile gebe kalan 133 kadının "Prenatal Bağlanma Envanteri" ile gebelik haftalarına göre prenatal bağlanma düzeyleri incelenmiştir. Çalışma sonucunda fertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınların gebelik haftalarına göre PBE puan ortalamalarına bakıldığında; birinci trimester puan ortalamasının 47.75±9.90, ikinci trimester puan ortalamasının 46.04±10.41 ve üçüncü trimester puan ortalamasının 40.28±9.71 olduğu saptanmıştır. Ayrıca gebelerin çalışmalarda yer alan spontan gebelere göre daha düşük bağlanma düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir (33). Nitekim literatürde de bulgularımızı destekler nitelikte, fertilite tedavisi ile gebe kalan kadınlarda infertil kimlikten anne kimliğine geçiş karmaşası, yüksek riskli gebelik geçirme ihtimali, fetüsün sağlık durumu ve gebeliğin devamlılığına ilişkin stresi prenatal bağlanmayı etkileyebileceği vurgulanmaktadır (50). Ayrıca literatürde fertilite tedavi sonrası beklenen gebelik oluşsa da kadınların gebeliğe uyum sağlama ve ebeveynliği planlamada zorluklar, infertil kimlikten anne kimliğine geçiş karmaşası ve gebeliğin devamlılığına ilişkin belirsiz hissiyatı yaşamalarının prenatal bağlanmayı olumsuz etkileyebileceği bildirilmiştir (261).

Bu doğrultuda hemşireler fertilite tedavisi sonrası gebeliğe ve fetüse dair endişelerin fazla olması nedeniyle gebelerin prenatal bağlanmayı geciktirme eğilimde olabileceklerinin farkında olmalıdır. Ayrıca annenin bebeğini hissetmesine, bedeninde yaşadığı değişiklikleri benimsemesine ve bunu bebeğe olumlu duygularla aktarmasına destek olunarak gebe ve fetüs arasındaki iletişimin gebeliğin erken dönemde kurulması sağlanmalıdır.

5.5. Spontan ve YÜT ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyi Oluş Ölçeği, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Envanteri Arasındaki İlişki Bulgularının Tartışılması

Kadının yaşam döngüsü içerisinde fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlamasını gerektiren gebelik, doğal ancak zorlu bir süreçtir. Bu süreçte kadınlar spiritüel değer ve inançları aracalığıyla gebeliğe ve geleceğe ilişkin yeni anlamlar geliştirerek zorlukların üstesinden gelir (38). Gebelik sürecinde yaşanılan strese karşı spiritüalite kadınlar için güvence, teselli ve güç kaynağı olmaktadır (197).

Spritüalite ve dini birbirinden ayrı gruplandıran yaygın inancın aksine ise spritüalite, dinden daha geniş bir kapsamda kullanılmasının yanında dinden ayrı düşünülemez. Spritüalitede hedeflenen, kişinin ruhsal iyiliğini arttırarak hayatına anlam kazandırmasına yardımcı olmaktır. Bu hedefler gerçekleştirilirken verilen öğretiler din ile dikkat çekici şekilde ortaktır. Bu ortaklık gösteriyor ki, spritüelitenin dinden ayrı düşünülmesi doğru olmayacaktır.(262).

Literatür incelendiğinde çoğunlukla spiritüel iyilik hali ile prenatal stres arasında ilişkiyi inceleyen çalışmaların spontan gebele üzerinde yapıldığı dikkat çekmektedir (39, 202-204,263). Spiritüel iyilik hali ve inanç faktörünün spontan gebelerde prenatal stres üzerine etkisi inceleyen çalışmalara bakıldığında; Pakzad ve ark. (2018) tarafından 300 gebe ile gerçekleştirilen çalışmada islami/manevi yaşam tarzının gebeliğe ilişkin stres düzeyini ne düzeyde etkilediği incelenmiştir. Araştırma sonucunda gebelerin hayatları islami/manevi yaşam tarzıyla daha uyumlu olduğunda, gebeliğe özgü daha az stres yaşadıkları sonucuna ulaşmıştır (263). Lucero ve ark. (2013) tarafından gebeliğin son trimesterinde olan 178 kadın ile gerçekleştirdikleri çalışmada spiritüel ve dini başa çıkmanın kadınlarda ve eşlerinde azalan stresin güçlü bir göstergesi olduğunu

belirtmiştir (204). Chehrazi ve ark. (2021) tarafından İran'daki spontan gebelerin (n: 200) spiritüel iyilik hali ile prenatal stres, anksiyete ve başa çıkma yolları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada; spiritüel iyi oluşun durumluk kaygı ve prenatal distress ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (39). Dolantin ve ark. (2017) İran'da spiritüel ve psikolojik iyi oluşun gebeliğe özgü stres üzerine etkisini incelediği spontan 450 gebe de (her gebelik trimesterinden 150 gebe) spiritüel ve psikolik iyi oluşun gebeliğe özgü stresi negatif etkilediğini bulmuştur (203). Jesse ve Reed (2004), Amerika Appalachia Eyaletinde 16 ve 28. gebelik haftasında olan 120 spontan gebe ile yürüttükleri çalışmada da spiritüel iyilik hali ile prenatal stres arasında negatif yönde ilişki olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada spiritüel iyilik halinin riskli sağlık davranışlarını negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir (202). Ülkemizde spontan gebelerde spiritüel iyilik halinin prenatal stres ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamızda ise spontan gebe kalan kadınlarda spiritüel iyilik hali ile prenatal distres arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu farklılığın nedeninin katılımcıların sosyokültürel farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde spiritüalite ile stres düzeyini inceleyen çalışmaların genellikle infertilite tedavisi sürecindeki kadınlarda yapıldığı görülmüştür. Casu ve ark. (2018) spiritüalitenin fertilite tedavisi gören çiftler tarafından stres ile başa çıkmak için yaygın olarak kullanıldığını ve fertilite tedavisi gören kadınlarda spiritüel iyilik halinin artmasını stres ve depresif semptomlarında azalma, yaşamdan daha yüksek memnuniyet ve YÜT'ne daha yüksek duygusal uyum ile ilişkilendirmiştir (264). Rezaei ve ark. (2020) tarafından spiritüel deneyimlerdeki artışın, fertilite tedavisine uyumu ve problem çözme stratejilerini arttırarak fertilite tedavisi sırasında kadınların yaşadıkları stresi azalttığı saptanmıştır (265).

Yapılan çalışmalar fertilite tedavi sürecinde spiritüel iyilik halinin artmasının stresi azalttığını göstermektedir. Ancak YÜT ile gebe kalan kadınlarda spiritüalite ile prenatal stres düzeyi ilişkisini inceleyen çalışmların sınırlı olduğu dikkat çekmektedir. Ranjbar ve ark. (2015) nitel çalışmalarında YÜT ile gebe kalan Müslüman kadınlarda Kur'an-ı Kerim'i okumanın, Allah'a güvenmenin, dua etmenin fertilite tedavi sürecinde ve gebeliklerinde yaşadıkları zorluk ve stres ile mücadele etmelerine yardımcı olduğunu

belirtmiştir. Aynı çalışmada kayıp korkusu yaşayan bir kadının "Bazen daha fazla bir şey yapamayacağımı hissediyorum. O zaman Kur'an-ı Kerim okuyorum ve dua ediyorum. Tanrı'dan gelen güce güveniyorum." ifadelerini kullandığına ve spiritüaliteden güç aldığına yer verilmiştir (249). Çalışmamızda da ise YÜT ile gebe kalan kadınlarda spiritüel iyilik hali ile prenatal distres arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki saptanmış olup spiritüel iyilik hali arttıkça prenatal distres düzeyinde azalma olduğu görülmüştür.

Yapılan çalışmalar ve araştırma bulgularımız doğrultusunda spiritüel iyilik hali ve spritüalitenin alt boyutu olan din faktörü gebelerin prenatal distresi azaltmada önemli bir faktördür. Bu nedenle hemşirelerin infertilite tedavi sürecinden itibaren prenatal dönemde de gebelerin spiritüel iyilik halini değerlendirmesi, spiritüel gereksinimlerin kaşılanması ve prenatal stres yaşayan kadınlara spiritüel danışmanlık sağlanması son derece önemlidir.

Ayrıca çalışmamızda TGDÖ eş katılımı alt boyutu ile PBE arasında YÜT ile gebe kalan kadınlarda orta düzeyde negatif yönde ilişki saptanırken, spontan gebelerde zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Her iki gruptaki gebelerde prenatal sürece eş katılımı arttıkça prenatal bağlanmanın arttığı görülmektedir. Nitekim İsveç'te Hjelmstedt ve ark. (2006) tarafından 56 IVF tedavi sonucu oluşan gebelik ile 41 spontan gebeliğin prenatal bağlanma açısınan karşılaştırıldığı çalışmada her iki gruptada partner ilişkisinden duyulan memnuniyet arttıkça prenatal bağlanmanın arttığı saptanmıştır (258). Özdemir (2021) doğal yolla (n.104) ve YÜT (n:52) ile gebe kalan kadınların postpartum dönemde anne bebek bağlanmasını incelemiştir. Çalışma sonucunda YÜT tedavisi alan kadınlarda doğal yol ile gebe kalan kadınlara göre anne-bebek bağlanma düzeyinin daha yüksek olmasının tedavi alan kadınların daha fazla eş desteği almalarından kaynaklandığını bildirmiştir (266).

Bu doğrultuda hemşireler hem spontan hem de YÜT ile gebe kalan kadınlarda yetersiz eş desteğinin bağlanmayı olumsuz yönde etkilediğinin farkında olmalı ve prenatal bağlanmanın gelişimine katkı sağlanmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Spontan veya YÜT ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik halinin, prenatal stres ve bağlanma düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla YÜT ile gebe kalan 87 kadın ve spontan gebe kalan 115 kadın olmak üzere 202 katılımcıya yapılan bu çalışmanın sonuçları özet halinde gösterilmiştir.

- YÜT ile gebe kalan kadınların yaş ortalaması 28.91±16.06, spontan gebelerin yaş ortalaması ise 28.08±5.75'dir
- Her iki grubun tanıtıcı özelikleri bakımından homojen olduğu görülmüştür
- Fertilite sorununa neden olan faktörler arasında birinci sırada kadın faktörü yer almaktadır.
- YÜT ile gebe kalan kadınların bebek sahibi olmak isteme süresi 4.02±3.38 yıldır.
- YÜT ile gebe kalan kadınların fertilite tedavi süresi 2.00 ±1.98 yıldır.
- YÜT ilişkin tedavi incelendiğinde hem geçmişte hem de şimdiki gebelikte en fazla kullanılan yönteminin IVF olduğu saptanmıştır.
- Gebe grupları arasında spiritüel iyi oluşluk açısından istatistiksel anlamlılık saptanmamış olup, her iki grubun spiritüel iyilik hali yüksek düzeyde bulunmuştur.
- TGDÖ kesme puanına göre YÜT grubundaki gebelerin %12.6'sında (28 puan üstü), spontan gebelerin ise %9.6'sında (28 puan üstü) prenatal distres saptanmıştır**.**
- YÜT ile gebe kalan kadınların spontan gebe kadınlara göre prenatal bağlanma düzeyleri istatistiksek olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$).
- YÜT ile gebe kalan kadınların SİOÖ ile TGDÖ arasında istatistiksel açıdan düşük düzeyde negatif yönde anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$). YÜT grubundaki gebelerin spiritüel iyilik hali arttıkça prenatal distress düzeyi azalmaktadır.

- Spontan gebe kalan kadınların SİOÖ doğayla uyum alt boyutu ile PBE arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$). Spontan gruptaki gebelerin doğayla ve çevre ile olan uyumu arttıkça arttıkça prenatal bağlanma düzeyi artmaktadır.
- YÜT ile gebe kalan kadınların eş katılımı alt boyutu ile PBE arasında anlamlı orta düzeyde negatif yönde ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).
- Spontan gebelerde ise eş katılımı alt boyutu ile PBE arasında istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).
- Her iki gruptaki gebelerde prenatal süreçte olan yetersiz eş katılımı arttıkça prenatal bağlanma azalmaktadır.

6.2. Öneriler

6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

Spontan ve YÜT ile gebe kalan kadınlar için ortak öneriler;

- Gebelerin prenatal dönemde spiritüel iyilik halinin değelendirmesi ve spiritüel gereksinimler doğrultusunda holistik bakımın sağlanması,
- Gebelik sürecinde iyi bir iletişim, empatik yaklaşım, güven duygusu, terapötik ilişki, dini (dua, namaz vb. ritüeller)/kültürel inançlara saygıyı içeren spiritüel danışmanlığın benimsenmesi ve sağlanması
- Gebelerin eşlerinin gebelik sürecine desteğinin değerlendirilmesi ve eş desteğinin teşvik edilmesi
- Din görevlilelerin gebelik sürecinde bakıma dahil edilmesi
- Gebelik sürecinde aktif rol oynayan sağlık profesyonellerine spritüalite ve spiritüel gereksinimler açısından bakıma yönelik eğitim programları düzenlenerek bilgi ve farkındalığın artmasının sağlanması önerilmektedir.

Spontan gebe kalan kadınlar için öneriler;

- Prenatal dönemde gebelerin ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik gebeliğe, doğuma hazırlık kurslarının yaygınlaştırılması ve gebelerin eşlerinin dahil edilmesi,

- Spontan gebe kalan kadınlarda özellikle multigravidalarda eş desteğinin değerlendirilmesi ve eş desteğinin teşvik edilmesi,
- Spontan gebe kalan kadınların doğa ve çevreyle olan uyumlarının arttırılması ve sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi ile prenatal bağlanmanın desteklemesi ve devamlılığının sağlaması,
- Stres yaşayan gebelerin stres kaynağının belirlenmesi, gerekirse psikolojik ve spiritüel danışmanlık sağlanması önerilmektedir.

YÜT ile gebe kadınlar için öneriler;

- YÜT ile gebe kalan kadınlarda gerekirse psikolojik ve spiritüel danışmanlığın sağlanması
- YÜT ile gebe kalan kadınların prenatal bağlanmanın ve annelik rolüne geçişin sağlanması açısından değerlendirilip, prenatal bağlanmayı arttırmak için gebe ve fetüs arasındaki iletişimin erken dönemde kurulması ve gebe eğitim sınıflarına katılımının desteklenmesi ve teşvik edilmesi
- YÜT ile gebe kalan kadınlarında gebeliğe uyumunun önemi dikkate alınarak, gebelerin gebelik ve doğuma hazırlık eğitimlerine dahil edilmesinin sağlanması,
- YÜT ile gebe kalan kadınlara ve eşlerine yönelik doğuma hazırlık sınıflarının oluşturulması
- YÜT doğuma hazırlık sınıflarında gebelerin fertilite tedavisi sonrası oluşan gebeliğe ilişkin kaygılarını ve düşüncelerini paylaşacakları ortamın oluşturulması
- YÜT doğuma hazırlık sınıflarında gebelere gevşeme tekniklerinin uygulanması önerilmektedir.

6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Gebelik ve spiritüalite ile ilgili sınırlı sayıda araştırma olması nedeniyle araştırmaların arttırılması ve çalışmaların daha büyük örneklem de yapılması
- YÜT ile gebe kalan kadınların prenetal stres ve spiritüel danışmanlık müdahalelerini içeren deneysel çalışmaların yapılması,

- Gebelik dönemine özgü bir spiritüalite ölçeğinin olmaması nedeniyle spiritüel iyilik halini etkileyen faktörleri veya spiritüel gereksinimlerini belirleyen ölçek çalışmalarının yapılması,
- Benzer çalışmaların babalarında dahil edilerek yapılması,
- Benzer çalışmaların YÜT ile gebe kalan kadınlarda infertilite tipine (primer ve sekonder infertilite) göre ayrı gruplar şeklinde incelenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Zegers Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, De Mouzon J, Sokol R ve ark. The İnternational Glossary on Infertility and Fertility Care. Fertility and Sterility. 2017; 108(3): 393-406.

2. Borght MV, Wyns C. Fertility and Infertility: Definition and epidemiology. Clinic Biochem. 2018; 62: 2-10.

3. Kırca N, Pasinlioğlu T. İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013; 5(2): 162-78.

4. Sezgin H, Hocaoğlu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014; 6: 165-184.

5. Hoşgör H, Akyüz İ, Cengiz E. İnfertil hastaların tüp bebek tedavisini bırakmasında etkili olan faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesi: Bir AHP uygulaması. Mehmet Akif Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017; 9 (19): 64-84.

6. Göcen G. Tüp Bebek Tedavisi Almış Kadınların Dinî Başa Çıkma Süreçleri Ve Dinî Yaşantıları Üzerine Nitel Bir Araştırma. İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2015; 32: 165-217.

7. Aşçı Ö, Beji Kızılkaya N. İnfertilite danışmanlığı. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2012; 20(2): 154-9.

8. De Berardis D, Mazza M, Marini S, Del Nibletto L, Serroni N, Pino MC ve ark. Psychopathology Emotional Aspects and Psychological Counselling in Infertility: A Review. La Clinical Therapeutics. 2014; 165(3): 163-169.

9. Özkan M, Baysal B. Emotional Distress of İnfertilite Women in Turkey. Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology. 2006; 33 (1): 44-46.

10. Cox SJ, Glazebrook C, Sheard C, Ndukwe G, Oates M. Maternal Self-Esteem After Successful Treatment for Infertility. Fertility and Sterility. 2006; 85(1): 84-89.

11. Acar Bulut Ö. İnfertiliteye Maneviyat Penceresinden Bakış. Halil E. Aile Terapisi: Manevi Yönelimli Bir Perspektif. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2020. 223-244.

12. Wıelgoś M, Szymusik I. Pregnancy in Women After Infertility Treatment. Archives of Perinatal Medicine. 2015; 20:73-77.

13. Yılmaz T, Yeşiltepe Oskay Ü. İnfertilite Stresi İle Başa Çıkma Yöntemleri Ve Hemşirelik Yaklaşımları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2015; 2: 100-12.

14. Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F, Yanik A, Schuiling G A. Psychiatric Symptoms in Turkish Infertility Women. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. 2003; 24: 267-71.

15. Koç E, Beji Kızılkaya N. Başarılı İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebelerin Yaşadığı Problemler Ve Danışmanlık. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016; 6: 201-206.

16. Yıldız H. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması. Marmara Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011; 4 (1): 63-74.

17. Dağlar G, Nur N, Bilgiç D, Kadıoğlu M. Gebelikte Duygulanım Bozukluğu. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2015; 2 (1): 27-40.

18. Baor L, Soskolne V. Mothers of IVF and Spontaneously Conceived Twins: A Comparison of Prenatal Maternal Expectations, Coping Resources And Maternal Stress. Hum Reprod, 2010; 25: 1490-1496.

19. Darwiche J, Lawrence C, Vial Y, Wunder D, Stiefel F, Germond M ve ark. Anxiety and psychological stress before prenatal screening in first-time mothers who conceived through IVF/ICSI or spontaneously. Women and Health. 2014; 54 (5): 474-485.

20. Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E ve ark. Guidelines for Counselling in Infertility. Human reproduction. 2001; 16 (6): 1301–1304.

21. Hjelmstedt A, Widström AM, Wramsby H, Collins A. Patterns of Emotional Responses to Pregnancy, Experience of Pregnancy and Attitudes to Parenthood Among IVF Couples: A Longitudinal Study. Psychosom Obstet Gynecol. 2003; 24: 153-162.

22. Gourounti K. Psychological Stress and Adjustment in Pregnancy Following Assisted Reproductive Technology and Spontaneous Conception: A Systematic Review. Women Health. 2016; 56: 98-118.

23. Smorti M. Smorti A. Transition to Parenthood in Infertility Couples. Prodecia Social and Behavioral Sciences. 2012; 46: 527-531.

24. Boz İ, Özçetin E, Teskereci G. İnfertilitede Anne Olma: Kuramsal Bir Analiz. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2018; 10 (4): 506-521.

25. Upadhyay S. Pseudocyesis. Journal of the Nepal Medical Association. 2008; 47 (171): 147-150.

26. Muller ME. A Questionnaire to Measure Mother- to- İnfant Attachment. Journal of Nursing Measurement. 1994; 2 (2): 129-41.

27. Duyan V, Kapısız SG, Yakut Hİ. Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri'nin Bir Grup Gebe Üzerinde Türkçeye Uyarlama Çalışması. The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology. 2013; 10 (39) :1609-1614.

28. Yılmaz S, Beji Kızılkaya N. Prenatal Bağlanma Envanteri'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 16 (2): 103-109.

29. Tekin E, Koçak DY. Gebe Kalma Şekli Anne ve Bebek Bağlanmasını Etkiler Mi. 7. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı Ve Eğitimi Kongresi;24-25Mayıs 2021,İstanbul: 7. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı Ve Eğitimi Kongre Kitabı; 2021. 90-95.

30. Bilgin Z, Alpar ŞE. Kadınların Maternal Bağlanma Algısı Ve Anneliğe İlişkin Görüşleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018; 5 (1): 6-15.

31. Tunçel NT, Süt HK. Gebelikte Yaşanan Anksiyete, Depresyon Ve Prenatal Distres Düzeyinin Doğum Öncesi Bebeğe Bağlanmaya Etkisi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2019; 16 (1): 9-17.

32. Darwiche J, Maillard F, Germond M, Favez N, Lancastle D, Roten Y ve ark. The transition of care from fertility specialists to obstetricians: maternal adjustment and postpartum depressive symptoms. Womens Health. 2013; 9: 109-118.

33. Kavlak O, Çetinkaya E, Kazankaya F, Mısırlı S, İyik Aksakal B. İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebe Kalan Kadınlarda Prenatal Bağlanma. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2021; 30 (1): 25-31.

34. Özorhan EY, Apay SE, Düzyurt M. Riskli olan ve olmayan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin karşılaştırılması. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi. 2015; 3: 1-15.

35. Altan S. Hamile Kadın ve Eşlerinin Doğum Öncesi ve Sonrası Bebeğe Bağlanma Düzeyleri, Evlilik Uyumu ve Doğum Öncesi Beklentileri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Boylamsal Bir Çalışma [Yüksek Linsans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2019.

36. Kınık E, Özcan H. Maternal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler ve Primiparlarda Maternal Bağlanma Durumu. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi. 2020; 2 (1): 47-53.

37. Kavlak O, Şirin A. Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi.2009; 6 (1): 188-202.

38. Hiçdurmaz D, Fatma O Z. Stresle başetmenin bir boyutu olarak spiritüalite. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.2013; 16 (1): 50-56.

39. Chehrazi M, Faramarzi M, Abdollahi S, Esfandiari M, Shafie Rizi S. Health promotion behaviours of pregnant women and spiritual well-being: Mediatory role of pregnancy stress, anxiety and coping ways. Nursing Open. 2021; 8 (6): 3558-3565.

40. Keskinoğlu MŞ, Ekşi F, Ekşi H. "İyi Oluşun Maneviyat Endeksi Ölçeği" Nin Uyarlanması. Social Sciences. 2019; 14 (3): 723-737.

41. Pargament KI, Ano GG, Wacholtz AB. The religious dimension of coping: Advances in theory, research and practice. In: Paloutzian RF, Park CL, eds. Handbook of Psychology of Religion and Spirituality. New York: The Guilford Press; 2005. 479-95.

42. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. J Pers Soc Psychol 1989; 56 (2): 267-83.

43. Zinnbauer BJ, Pargament KI, Cole B, Rye MS, Butter EM, Belavich TG ve ark. Religion and Spirituality: Unfuzzying The Fuzzy. Journal for the Scientific Study of Religion. 1997; 36 (4): 549-64.

44. Kamya HA. Hardiness and Spiritual Well-Being Among Social Work Students. Journal of Social Work Education. 2000; 36(2): 231–240.

45. Yılmaz B, Şahin N. İnfertilite stresi ile bireysel baş etme yöntemleri: Bir sistematik derleme. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi (CBU-SBED). 2020; 7 (1): 84-95.

46. Karaca A, Unsal G. Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. Asian Nursing Research. 2015; 9 (3): 243-250.

47. Kaya Z, Oskay U. Stigma, hopelessness and coping experiences of Turkish women with infertility. Journal of reproductive and infant psychology. 2020; 38 (5): 485-496.

48. Casu G, Ulivi G, Zaia V, Fernandes MDC, Parente C, Gremigni P. Spirituality, infertility related stress, and quality of life in Brazilian infertile couples: Analysis using the actor partner interdependence mediation model, Research in Nursing & Health. 2018; 41 (2): 156-165.

49. Özdemir Ö. İnfertilite Tedavisi Görmüş Gebeler ile Fertil Gebelerin Prenatal Dönemde Anksiyete Ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: T.C. Beykent Üniversitesi; 2016.

50. French LR, Sharp DJ, Turner KM. Antenatal needs of couples following fertility treatment: a qualitative study in primary care. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2015; 65 (638): 570-577.

51. Beygi Z, Bahia NJ, Nourimand F, Amoozandeh Z, Forouhari S. The relationship between spiritual well-being, mental health and quality of life in infertile women. Family Medicine and Primary Care Review. 2021; 23(4): 412–416.

52. ASRM: American Society for Reproductive Medicine Practice Committee. Infertility [İnternet]. 2022 [Erişim tarihi 3 Kasım 2022]. Erişim adresi: https://www.asrm.org/topics/topics-index/infertility/

53. WHO: World Health Organization. Health topics: Infertility [İnternet]. 2021 [Erişim tarihi 3 Kasım 2022]. Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab_1

54. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertil Steril 2015; 103: 44-50.

55. Van der Poel S Z. (2012). Historical walk: the HRP Special Programme and infertility. Gynecologic and obstetric investigation, 74 (3): 218–227.

56. Seymenler S, Siyez DM. Infertility counseling. Current Approaches in Psychiatry 2018; 10: 186-197.

57. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2018 Raporu. [Erişim tarihi 4 Kasım 2022] Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf

58. Tosun Ş. Özel M.K. İnfertilitede güncel yaklaşımlar. İstanbul: Akademizyen Kitabevi; 2020.

59. ASRM: Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility evaluation of infertile women: a committee opinion. Fertility and sterility. 2021; 116 (5): 1255–1265.

60. Sirmans SM, Pate KA. Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. Clin Epidemiol. 2013; 6: 1-13.

61. Escobar-Morreale HF. Polycystic ovary syndrome: definition, aetiology, diagnosis and treatment. Nature Reviews Endocrinology. 2018; 14 (5): 270–284.

62. Melmed S, Casanueva F F, Hoffman A R, Kleinberg DL, Montori V M, Schlechte J A ve ark. Endocrine Society. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2011; 96 (2): 273-88.

63. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems [İnternet].2013 [21.11.2022]. Erişim adresi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25340218/

64. Mikhael S, Punjala-Patel A, Gavrilova-Jordan L. Hypothlamic pituitary ovarian axis disorders impacting female fertility. Biomedicines. 2019; 7 (1): 5.

65. Pawar D, Gholap S. An Ayurvedic perspective the role of Uttarbasti in tubal block infertility. International Ayurvedic Medical Journal. 2020; 8 (4): 3361-3367.

66. Tsevat D G, Wiesenfeld H C, Parks C, Peipert J F. Sexually transmitted diseases and infertility. American journal of obstetrics and gynecology. 2017; 216 (1): 1-9.

67. Anwar S, Anwar A. Infertility: a review on causes treatment and management. Women's Health and Gynecology. 2016; 2 (6): 1-5.

68. Hur C, Rehmer J, Flyckt R, Falcone T. Uterine Factor Infertility: A Clinical Review. Clinical obstetrics and gynecology. 2019; 62 (2): 257-270.

69. Mukherjee C. Causes of infertility. Journal of Applied Science and Research. 2019; 7 (1): 84-89.

70. Tournaye H, Krausz C, Oates R D. Novel concepts in the aetiology of male reproductive impairment. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017; 5 (7): 544-553.

71. Harris I D, Fronczak C, Roth L, Meacham R B. Fertility and the aging male. Reviews in urology. 2011; 13 (4): 184-190.

72. McQuaid J W, Tanrikut C. Ejaculatory duct obstruction: current diagnosis and treatment. Current urology reports. 2013; 14 (4): 291-297.

73. Wosnitzer M S, Goldstein M. Obstructive azoospermia. The Urologic clinics of North America. 2014; 41 (1): 83-95.

74. Patel Z P, Niederberger C S. Male factor assessment in infertility. The Medical clinics of North America. 2011; 95 (1): 223-234.

75. Serdaroğulları M. Causes of Male Infertility. Experimed. 2020; 10 (3): 144-147.

76. Bektaş G, Süt H K. İnfertil ve fertil kadınların yaşam tarzı davranışları. Androloji Bülteni. 2020; 23 (2): 67-76.

77. Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Modern Yaşamın İnfertilite Üzerine Etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014; 13 (4): 345-350.

78. Piche M, Babineau V, Robitaille J, Lachance E, Ruchat S. Lifestyle related factors associated with reproductive health in couples seeking fertility treatments: results of pilot study. International Journal of Fertility and Sterility. 2018; 12 (1): 19-26.

79. Aluş Tokat M, Yanık F. Uyku Kalitesinin Kadın Fertilitesi Üzerine Etkileri ve Uyku Kalitesi Değerlendirme Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14 (3) : 253-260.

80. Goldstein C, Lanham M, Smith Y, O'Brien L. Sleep in women undergoing in vitro fertilization: a pilot study. Sleep Medicine Journal. 2017; (32) 105-113.

81. Rossi BV, Abusief M, Missmer SA. Modifiable Risk Factors and Infertility: What are the Connections. American journal of lifestyle medicine. 2014; 10 (4): 220-231.

82. Aluş Tokat M, Yanık F. Fertilite Tedavi Desteği Alan Çiftlerde Sağlıklı Yaşam Tarzı Davranışları Kazandırılmasında Holistik Bakım. E-Sağlık Ebelik Dergisi. 2022; 45 (13): 20-36.

83. Körükcü Ö, Kukulu K. Obezitenin Üreme Sistemi Üzerine Etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011; 10 (2): 231-238.

84. Mann U, Shiff B, Patel P. Reasons for worldwide decline in male fertility. Current opinion in urology. 2020; 30 (3): 296–301.

85. Demirci N, Potur Coşkuner D. Erkek fertilitesi ve riskli yaşam biçimi davranışları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2014; 22 (1): 39–45.

86. Klonoff-Cohen H, Bleha J, Lam-Kruglick P. A prospective study of the effects of female and male caffeine consumption on the reproductive endpoints of IVF and gamete intra-Fallopian transfer. Human Reproduction. 2002; 17 (7): 1746-1754.

87. Ricci E, Viganò P, Cipriani S, Somigliana E, Chiaffarino F, Bulfoni ve ark. Coffee and caffeine intake and male infertility: a systematic review. Nutrition journal. 2017; 16 (1): 37.

88. Terzioğlu F, Yücel Ç, Karatay G. Sigara ve infertilite. Sağlık Bakanlığı Yayınları. 2008; 731: 14-16.

89. Wainer R. Smoking and ovarian fertility. Obstetrics and gynecology. 2001; 29 (12): 881-887.

90. Crha I, Hruba D, Fiala J. The outcome of infertility treatment by in-vitro fertilisation in smoking and non-smoking women. Central European journal of public health. 2001; 9 (2): 64-68.

91. Demir S, Kızılkaya Beji N. İnfertil Çiftlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Erkek Üreme Sağlığı. 2015; 17 (61): 136-139.

92. Agarwal A, Deepinder F, Sharma RK, Ranga G, Li J. Effect of cell phone usage on semen analysis in men attending infertility clinic: an observational study. Fertility and sterility. 2008; 89 (1): 124-128.

93. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility evaluation of infertile women: a committee opinion. Fertility and sterility. 2021; 116 (5): 1255–1265.

94. Infertility Workup for the Women's Health Specialist: ACOG Committee Opinion, Number 781. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2019; 133 (6): 377-384.

95. Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and Management of Infertility: A Review. JAMA: The Journal of the American Medical Association . 2021; 326 (1): 65-76.

96. Turkish Society of Reproductive Medicine. TSRM Uygulama klavuzu, Yardımla Üreme Teknikleri. 2011; 2-26.

97. Karlı P. Over rezervini değerlendirmede neler önemlidir. Sağlık Bilimlerinde Güncel Akademik Çalışmalar. 2018; 1: 9-16.

98. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2013.

99. Topçu H, Evliyaoğlu Ö, Şahin Y. Temel infertilite araştırmaları nasıl olmalıdır. Turkish Journal of Reproductive Medicine and Surgery. 2017; 1 (2): 104-111.

100. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine in collaboration with Society for Reproductive Endocrinology and Infertility. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committe opinion. Fertility and Sterility. 2015; 103 (6): 44-50.

101. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine in collaboration with Society for Reproductive Endocrinology and Infertility. Optimizing natural fertility: a committe opinion. Fertility and Sterility. 2013; 100: 631-7.

102. Pathak UI, Gabrielsen JS, Lipshultz LI. Cutting-edge evaluation of male infertility. Urologic Clinics of North American. 2020; 47 (2): 129–138.

103. World Health Organization. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen, 5th ed. World Health Organization [İnternet]. 2010 [16 Ekim 2022]. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44261

104. Yılmaz F. Sperm değerlendirme testleri: Dünden bugüne. Journal Health Sciences and Medicine. 2020; 3 (1): 71-76.

105. Uzunlar Ö. İnfertil çitfin değerlendirilmesi. Üstün Y, Editör. Her Yönüyle In Vıtro Fertilizasyon. Ankara: Deren Yayılcılık; 2019, 11-25.

106. Kahyaoğlu İ. Kontrollü ovaryen stimülasyonda kullanılan protokoller. Üstün Y, Editör. Her Yönüyle In Vitro Fertilizasyon. Ankara: Deren Yayıncılık; 2019, 26-31.

107. Yılmaz N, Kahyaoğlu İ. Ovulasyon indüksiyonu ve kontrollü ovaryan hiperstimülasyona genel bakış. The Journal of Gynecology Obstetrics and Neonatology. 2012; 9 (36): 1509-1517.

108. Williams RS, Doody KJ, Schattman GL, Adashi EY. Public reporting of assisted reproductive technology outcomes: past, present, and future. American journal of obstetrics and gynecology. 2015; 212 (2): 157-162.

109. American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Role of tubal surgery in the era of assisted reproductive technology: a committee opinion. Fertilty and Sterilty. 2015; 103 (6): 37-43.

110. Mitra S, Nayak PK, Agrawal S. Laparoscopic ovarian drilling: An alternative but not the ultimate in the management of polycystic ovary syndrome. Journal of Natural Science Biology and Medicine. 2015; 6 (1): 40-48.

111. Jungwirth A, Giwercman A, Tournaye H, Diemer T, Kopa Z, Dohle G, Krausz C. European Association of Urology guidelines on Male Infertility: The 2012 update. European Urology. 2012; 62 (2): 324-332.

112. Özdeğirmenci Ö, Dölen İ. Yardımcı Üreme Teknikleri Ve Etik A'dan Z'ye Yardımcı Üreme Teknikleri. İzmir: Palme Yayınevi; 2009: 397-405.

113. Dickens BM, Cook RJ. Multiple Pregnancy: Legal and ethical Issues. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2008; 103 (3): 270-274.

114. Jones H. IVF: Past and future. Reprod Biomed Online. 2003; 6: 375-81.

115. Ombelet W, Dhont N, Thijssen A, Bosmans E, Kruger T. Semen Quality And Prediction Of IUI Success İn Male Subfertility: A Systematic Review. Reproductive Biomedicine Online, 2014; 28 (3): 300-309.

116. Allahbadia GN. Intrauterine Insemination: fundamentals revisited. Journal of obstetrics and gynaecology of India. 2017; 67 (6): 385-392.

117. American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Assisted Reproductive Technology [İnternet]. 2018 [17 Ekim 2022]. Erişim Adresi: https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/english-fact-sheets-and-info-booklets/art-booklet2.pdf

118. Demirci N, Potur Coşkuner D. İnfertilitede temel kavramlar, etiyolojisi ve risk faktörleri. Demirci N, Kızılkaya Beji N, Editörler. İnfertilite hemşireliği el kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2017. 11-36.

119. Palermo GD, O'Neill CL, Chow S, Cheung S, Parella A, Pereira N ve ark. Intracytoplasmic sperm injection: state of the art in humans. Reproduction. 2017; 154 (6): 93-110.

120. Hornstein MD. State of the ART: Assisted Reproductive Technologies in the United States. Reproductive Sciences. 2016; 23 (12): 1630-1633.

121. Boz I, Okumus H. The "Everything About The Existence" Experiences Of Turkish Women With İnfertility: Solicited Diaries İn Qualitative Research. Journal Of Nursing Research. 2017; 25 (4): 268-275.

122. Ranjbar F, Behboodi-Moghadam Z, Borimnejad L, Ghaffari SR, Akhondi MM. Experiences of infertile women seeking assisted pregnancy in Iran: a qualitative study. Journal of Reproduction. 2015; 16 (4): 221-228.

123. Chaveeva P, Carbone IF, Syngelaki A, Akolekar R, Nicolaides K H.Contribution of method of conception on pregnancy outcome after the 11-13 weeks scan. Fetal diagnosis and therapy. 2011; 30(1): 9-22.

124. Centers for Disease Control and Prevention. American Society for Reproductive Medicine, Society for Assisted Reproductive Technology. 2009 assisted reproductive technology success rates: national summary and fertility clinic reports. Atlanta, GA: US Dept of Health and Human Services; 2014.

125. Gravena AA, Sass A, Marcon SS, Pelloso S M. Outcomes in late-age pregnancies. Revista da Escola Enfermagem da USP. 2012; 46 (1): 15-21.

126. Kuo PC, Bowers B, Chen YC, Chen CH, Tzeng YL, Lee MS. Maternal-foetal attachment during early pregnancy in Taiwanese women pregnant by in vitro fertilization. Journal Advanced Nursing. 2013; 69:2502-2513

127. Ataman H, Arslan H. Doğal Gebelikler ile İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psiko-Sosyal Bakım Gereksinimleri. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2010; 23 (23): 75-86.

128. Özkan H, Polat S. Maternal identity development education on maternity role attainment and my baby perception of primiparas. Asian Nursing Research. 2011; 5 (2): 108-117.

129. Warmelink JC, Adema W, Pranger A, Cock PD. Client perspectives of midwifery care in the transition from subfertility to parenthood: a qualitative study in the Netherlands. Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology. 2016; 37 (1): 12-20.

130. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. International journal of psycho-analysis. 1958; 39: 350-73.

131. Ainsworth MD, Bowlby J. An Ethological Approach To Personality Development. American Psychologist. 1991; 46 (4): 333-341.

132. Bowlby J. Attachment Behaviour. Attachment and Loss Volume I: Attachment. 2nd ed. New York: Basic Books; 1982. 177-264.

133. Ainsworth MD, Wittig B. Attachment and exploratory behavior of one year olds in a strange situation. Foss B, Editör. In:Determinants of infant behavior. London: Methuen;1969. 113-13.

134. Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of attachment. Hillsdale Editör nj: erlbaum. 1978. 190-20.

135. Olivier L. Maternal Fetal Attachment During Teenage Pregnancy [Doctoral Dissertation]. Stellenbosch. Stellenbosch University; 2016

136. Kennell JH, Slyter H, Klaus MH. The mourning response of parents to the death of a newborn infant. New England Journal of Medicine. 1970; 283 (7): 344-349.

137. Elkin N. Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Sted Dergisi. 2015; 24 (6): 230-236.

138. Akarsu RH, Tuncay B, Alsaç SY. Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. GÜSBD. 2017; 6 (4): 275-279.

139. Erdemoğlu, Ç. Fetusun Cinsiyetinin Prenatal Bağlanma ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile İlişkisinin Saptanması [Yüksek Lisans Tezi]. Yer: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

140. Rubin R. Attainment of the maternal role: Part II. Models and referrants. Nursing research. 1967; 16 (4): 237-45.

141. Rubin R. Attainment of the maternal role: Part II. Models and referrants. Nursing research. 1967; 16 (4): 342-6.

142. Rubin R. Maternal tasks in pregnancy. Maternal-Child Nursing Journal. 1975; 4: 143-53.

143. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Nursing research. 1981; 30: 281-284.

144. Muller ME. Development of the Prenatal Attachment Inventory. Western Journal of Nursing Res. 1993; 15 (2):199-211.

145. Bat Tonkuş M, Muslu SN. Maternal bağlanma ve ilişkili faktörler. Journal of Medical Sciences. 2021; 2 (2): 32-40.

146. Koç Özkan T, Şimşek Küçükkelepçe D, Aydın Özkan S. Gebelikte prenatal bağlanma ve vücut algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. MCBU-SBEU: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2020; 7 (1): 49-54.

147. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski T J, Hanks M M, Cannella B L. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. International journal of nursing studies 2009; 46 (5): 708-15.

148. Yılmaz SD. Prenatal anne-bebek bağlanması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2013; 10: 28-33.

149. Boztaş S, Ungan, M. Üçüncü Trimester Sağlıklı Gebelerde Aile Hekimliği Gözüyle Prenatal Anne-Bebek Bağlanmasının Araştırılması Aile Hekimliği [Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi ; 2015.

150. Eskin M, Harlak H, Demirkan F, Dereboy Ç. Algılanan Stres Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. New Symposium Journal. 2013; 51 (3): 132-133.

151. Yıldırım İ. Stres ve stresle başa çıkmada gevşeme teknikleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.1991; 6: 175-189.

152. Rochette L, Vergely C. Hans Selye and the stress response: 80 years after his “letter” to the Editor of Nature. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. 2017; 66 (4): 181-183.

153. Özel Y, Karabulut A B. Günlük yaşam ve stres yönetimi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2018; 1(1): 48-56.

154. Canpolat Ö. Çalışanların Stres Düzeylerini Etkileyen Faktörler ve İş Sağlığı Hemşiresinin Stres ile Baş Etmede Etkililiği [Yükseklisans Tezi]. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi; 2006.

155. Çapık, A. Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması [Doktora Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2013.

156. Baran GK, Şahin S, Öztaş D, Demir P, Desticioğlu R. Gebelerin algılanan stres düzeylerinin ve stres nedenlerinin değerlendirilmesi. Cukurova Medical Journal. 2020; 45 (1): 170-180.

157. Chang M, Chen C, Huang K. Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. Journal of Clinical Nursing. 2008; 17: 2580-2587.

158. Üst ZD, Pasinoğlu T. Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2015; 2 (3): 306.

159. Latendresse G. The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. J Midwifery Womens Health. 2009; 54: 8–17.

160. Kramer MS, Lydon J, Goulet L, Kahn S, Dahhou M ve ark. Maternal stress/distress, hormonal pathways and spontaneous preterm birth, Paediatric and perinatal epidemiology. 2013; 27 (3): 237-246.

161. Kışlak D. Gebelerdeki Distresin Sağlık Uygulamaları Üzerine Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Erzincan: Binali Yıldırım Üniversitesi; 2019.

162. González Ochoa R, Sánchez Rodríguez EN, Chavarría A, Gutiérrez Ospina G, Romo González T. Evaluating Stress during Pregnancy: Do We Have the Right Conceptions and the Correct Tools to Assess It. Journal of Pregnancy. 2018; 1–20.

163. Atasever İ, Çelik AS. Prenatal Stresin Ana-Çocuk Sağliği Üzerine Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 21 (1): 60-8.

164. Genç Koyucu R, Ülkar D, Erdem B. Primipar ve Multipar Gebelerin Gebelik Streslerini Karşılaştırılması . İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2020; (3): 6.

165. Mccarthy FP, Moss-morris R, Khashan AS, North R A, Baker PN, Dekker G, Poston L, McCowan LME, Walker J J, Kenny L C, O'Donoghuea K. Previous pregnancy loss has an adverse impact on distress and behaviour in subsequent pregnancy. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2015; 122 (13): 1757–64.

166. Gariepy AM, Lundsberg LS, Miller D, Stanwood NL, Yonkers KA. Are pregnancy planning and pregnancy timing associated with maternal psychiatric illness, psychological distress and support during pregnancy. Journal of Affective Disorders. 2016; 205: 87–94.

167. Dündar T, Özsoy S, Aksu H, Toptaş B. Obstetrik Özelliklerin Gebelikte Distre Üzerine Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 22(1): 17-24.

168. Çapık A, Apay SE, Sakar T. Gebelerde distres düzeyinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 18 (3).

169. Rosand, GMB, Slinning K, Eberhard-Gran, M, Roysamb E, Tambs K. Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. BMC public health. 2011; 11 (1): 161.

170. Lau Y, Yin L. Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. Midwifery. 2011; 22: 668-673.

171. Braverman AM, Boxer AS, Corson SL, Coutifaris C, Hendrix A. Characteristics and attitudes of parents of children born with the use of assisted reproductive technology. Fertilty and Sterilty. 1998; 70(5): 860-865.

172. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Lykeridou K. Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. Arch Womens Ment Health. 2013; 16 (5): 353-361.

173. Clarke K, Saville N, Bhandari B ve ark. Understanding psychological distress among mothers in rural Nepal: a qualitative grounded theory exploration. BMC Psychiatry. 2014; 14: 60.

174. Bekmezci H, Özkan H. Gebelikte Psikososyal Sağlık Bakım, Prenatal Bağlanma ve Ebe-HemGirenin Sorumlulukları. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi.2016; 8: 50-53.

175. Çiltaş NY, Tuncer SK. Gebelikte distresin tanımlanması: Erzincan örneği. MAKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2019; 7(1): 15-24.

176. Díaz Sáez J, Fernández-Medina IM, Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM, López-Rodríguez MM. Breastfeeding Experiences in First-Time Mothers After Assisted Conception. Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine. 2021; 16(1): 68-74.

177. Manav AI, Gozuyesil E, Tar E. The Effects of the Parenting Education Performed through Whatsapp on the Level of Maternal-Paternal and Infant Attachment in Turkey. Journal od Pediatric Nursing. 2021; 61: 57-64.

178. Bakır N, Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health. 2014; 1 (1): 25-37.

179. Rafiei Haji E, Tork Zahrani S, Hajian S, Alavi Majd H, Izadi A. The Correlation between Spiritual Health and Maternal-Fetal Attachment Behaviors in Pregnant Women Referring to the Health Centers in Qazvin, Iran. International Journal Community Based Nursing and Midwifery. 2020; 8 (1): 84-91.

180. Arslan H, Konuk Şener D. Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2 (1): 51-58.

181. Çınar F, Eti Aslan F. Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. Jaren Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi. 2017; 3 (1): 37–42.

182. Cook CC. Addiction and spirituality. Addiction. 2004; 99 (5), 539–551.

183. Kostak, MA. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007; 2 (6): 105-115.

184. Wardlaw MPM. Religion, emotion, and spirituality in American hospital childbirth [Doctoral dissertation] Texas: The University of Texas Medical Branch Graduate School of Biomedical Sciences;2012

185. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. Journal of Medicine and Palliative Care.. 2014; 17 (6): 642- 656.

186. Farahaninia M, Abasi M, Seyedfatemi N, Jalal EJ, Haghani H. Nurses' attitudes towards spiritual care and spiritual care practices. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2018; 4 (2): 61-68.

187. Keegan MB. Spirituality in Pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2021; 64 (3): 704-711.

188. World Health Organization-WHO. Review of the Constitution and regional arrangements of WHO: regional arrangements. Regional Office for the Eastern Mediterranean [İnternet]. 1997 [Erişim Tarihi 28 Ekim 2022]. Erişim Adresi: https://apps.who.int/iris/handle/10665/121625

189. Atabek, E, Karadağ, A. Heşirelik esasları: hemşirelik bilimi ve esasları. İstanbul: Akademi Basım ve Yayıncılık; 2013.

190. Ekşi H, Kardaş S. Spiritual well-being: Scale development and validation. Spiritual Psychology and Counseling. 2017; 2: 73-88.

191. Kalish N. Evidence-based spiritual care: a literature review. Current opinion in supportive and palliative care 2012; 6 (2): 242-246.

192. Crowther S, Hall J. Spirituality and spiritual care in and around childbirth. Women and birth : journal of the Australian College of Midwives. 2015; 2: 173-178.

193. Price, S, Lake, M, Breen, G, Carson, G, Quinn, C, & O'Connor, T. The spiritual experience of high-risk pregnancy. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN. 2007; 36 (1): 63-70.

194. Sun, HL, Sinclair M, Kernohan GW, Chang TH, Patterson H. Sailing against the tide: Taiwanese women's journey from pregnancy loss to motherhood. The American journal of maternal child nursing: MCN. 2011; 36 (2): 127-133.

195. Roudsari RL, Allan HT, Smith PA. Looking at infertility through the lens of religion and spirituality: a review of the literature. Human fertility. 2007; 10 (3): 141-149.

196. Mortazavi F, Mousavi SA, Chaman R, Khosravi A. Dünya Sağlık Örgütü-5 İyilik hali endeksi geçerliği: Annenin iyilik hali ve bununla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2015; 26 (1): 48-55.

197. Hill PC, Pargament K I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. Am Psychol. 2003; 58 (1): 64-74.

198. Göcen G. Pozitif psikoloji düzleminde psikolojik iyi olma ve dini yönelim ilişkisi: yetişkinler üzerine bir araştırma. Toplum Bilimleri Dergisi. 2013; 7 (13): 97-130.

199. Emmons RA. Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. International Journal for the Psychology of Religion. 2020; 10 (1): 3-26.

200. Abdollahpour S, Khosravi A. Relationship between spiritual intelligence with happiness and fear of childbirth in Iranian Pregnant Women. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2018; 23 (1): 45-50.

201. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012; 2012: 278-730.

202. Jesse DE, Reed PG. Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. Journal Obstetric Gynecolgic and Neonatal Nursing. 2004; 33 (6): 739-747.

203. Dolantian M, Mahmoodi Z, Dilgony T, Shams J, Zaeri F. The Structural Model of Spirituality and Psychological Well-Being for Pregnancy-Specific Stress. Journal Religion Health. 2017; 56 (6): 2267-2275.

204. Lucero SM, Pargament KI, Mahoney A, DeMaris A. Links between religious and spiritual coping and adjustment among fathers and mothers during first pregnancy. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2013; 31 (3): 309–322.

205. Nilsson C, Hessmen E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M ve ark. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth. 2018; 18 (28): 2-15.

206. Kaylı D. Kadın Bedeni ve Özgürleşme. İzmir: İlya Yayınevi; 2011.

207. Sarı T. Öznelik kapasitesi bağlamında biyolojik annelik: üremeye yardımcı teknolojileri kullanan kadınların deneyimleri (Yüksek lisans tezi). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2014.

208. Mohamadirizi M, Mohebbi dehnavi Z, Torabi F, Mohamadirizi S. The Relationship between Spiritual Intelligence and Fear of Childbirth in Low– Risk Pregnant Women. Journal of Babol University Medical Sciences . 2017; 19 (9): 26 -31.

209. Heidari T, Ziaei S, Ahmadi F, Mohammadi E, Hall J. Maternal experiences of their unborn Child's spiritual care: patterns of abstinence in Iran. Journal of Holistic Nursing. 2015; 33 (2): 146-158.

210. Mann, J, McKeown, R, Bacon, J, Vesselinov, R, Bush, F. Religiosity, spirituality and antenatal anxiety in Southern United States women. Archives of Women's Mental Health. 2008; 11 (1): 19-26.

211. John Fisher. The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being. Religions. 2011: 2(1): 17–28.

212. Jesse D E, Schoneboom C, Blanchard A. The effect of faith or spirituality in pregnancy: a content analysis. Journal of Holistic Nursing. 2007; 25 (3): 151-159.

213. Kannan S, Gowri S. Spiritual care: define and redefine self. Journal Religion and Health. 2020; 59: 470- 483.

214. Martsolf D. The concept of spirituality in nursing theories: Differening world-views and extent of focus. Journal of Advanced Nursing. 1998; 27: 294-303.

215. Noormohammadi MR, Etemadifar S, Rabiei L, Deris F, Jivad N, Masoudi R. Identification of concepts of spiritual care in Iranian peoples with multiple sclerosis: A qualitative study. J Relig Health 2018; 58 (3): 949-964.

216. Erişen M, Karaca Sivrikaya S. Manevi bakım ve hemşirelik. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6 (3): 184-190.

217. Bone N, Swinton M, Hoad N, Toledo F, Cook D. Critical care nurses' experiences with spiritual care: The spırıt study. American Journal of Critical Care. 2018; 27 (3): 212-219.

218. Hall J. Spiritual care: enhancing meaning in pregnancy and birth. Practising Midwife. 2013; 16 (11): 26-27.

219. Manookian A, Tajvidi M, Dehghan-Nayeri N. Inner Voice of Pregnant Women: A Qualitative Study. Iran Journal Nursing and Midwifery Research. 2019; 24 (3): 167-171.

220. Como JM. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. Holıstıc Nursıng Practıce. 2007; 21 (5): 224-236.

221. Zare A, Jahandideh S. The impact of special wards nursing spiritual well-being upon patients' spiritual care. Iranian Journal of Nursing Research. 2014; 9 (3): 30-3.

222. Timmins F, Sílvia Caldeira. Understanding spirituality and spiritual care in nursing. Nursing standard: official newspaper of the Royal College of Nursing. 2017; 31 (22): 50– 75.

223. Şirin T. Maneviyat Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Turkish Studies Social Sciences. 2018; 13 (18): 1283- 1309.

224. Demirci İ. Ekşi H. Dinçer D. Kardaş S. Beş boyutlu iyi oluş modeli: PERMA Ölçeği Türkçe Formunun geçerlik ve güvenirliği (Five-dimensional model of well-being: The validity and reliability of Turkish version of PERMA-Profiler) The Journal of Happiness and Well-Being. 2017; 5 (1): 60-770

225. Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, Epstein-Peterson ZD, Tseng YD, Mitchell C ve ark. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. Journal of Pain and Symptom Management. 2014; 48 (3): 400–410.

226. Büssin A, Koenig HG. Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. Religions. 2010; 1 (1): 18-27.

227. Anandarajah G, Ellen Hight. Spirituality and medical practice: using the hope questions as a practical tool. American Academy of Fmily Physicians. 2001; 63 (1): 81–88

228. Withers M, Kharazmi N, Lim E. Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries. Midwifery. 2018; 56: 158-170.

229. Hamilton JG, Lobel M. Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology. 2008; 29 (2): 97-104.

230. Gönenç İM, Akkuzu G, Durdun Altın R, Möroy P. Hemşirelerin ve Ebelerin Manevi Bakima İlişkin Görüşleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 5 (3): 34-38.

231. Eğlence R. Şimşek N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 5 (1): 49-53.

232. Saadat A. Doğal Yolla ve In Vitro Fertilizasyon İle Gebe Kalan Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2020.

233. Yılmaz, SD ve Beji, NK. Prenatal Bağlanma Envanteri'nin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2013; 16 (2): 103-109.

234. Çavuşoğlu İ. İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2015.

235. Altun E. İnfertiliteye Özgü Özelliklerin Gebelik Deneyimleri ve Gebelikte Psikososyal Sağlık Üzerine Etkisinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi; 2022

236. Aksu H. İnfertilite Tedavisi Alan ve Almayan Kadınların Gebeliğe Uyumlarının Karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2021.

237. Başgöl Ş. Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları Yapılan Kadınların Gebeliğe Uyumunun Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2018.

238. Çetin C, Çetin MT. Dünden Bugüne Yardımla Üreme Teknikleri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2014; 23(1): 148-155

239. Westlander G. Utility of micro-TESE in the most severe cases of nonobstructive azoospermia. Upsala Journal of Medical Sciences. 2020; 125(2): 1–5.

240. Jesse DE. Holistic Obstetrical Problem Evaluation (HOPE): Testing a midwifery theory to predict maternal and perinatal health outcomes [Doktora Tezi]. Knoxville: University of Tennessee; 1999.

241. Sherman H, Lucier-Greer M, Vilches SL. The Role of Faith, Religion, and Spirituality During Pregnancy: An Empirical and Theoretical Review. Southeastern Councıl On Famıly Relatıons Conference; 2-4 Nisan 2020, Birmingham, Alabama.

242. Mutmainnah M, Afiyanti Y. The experiences of spirituality during pregnancy and child birth in Indonesian muslim women. Enfermería Clínica.2019; 29(2): 495-499

243. Bilgiç G, Çıtak Bilgin N. Relationship Between Fear of Childbirth and Psychological and Spiritual Well-Being in Pregnant Women. Journal of religion and health. 2021; 60(1): 295-310.

244. Doğru S. Covid-19 salgın sürecinde gebelerin manevi durumlarının yaşam kalitesine etkisi [Yüksel lisans tezi]. Aydın: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi; 2022.

245. Durmuş M, Öztürk Z, Şener N, Eren SY. The Relationship between the Fear of Covid-19, Depression, and Spiritual Well-Being in Pregnant Women. J Relig Health. 2022;61(1):798-810

246. Taylor, L. C. (2018). The experience of infertility among African American couples. Journal of African American Studies, 22(4), 357–372.

247. Etemadifar S, Hosseiny RS, Ziraki A, Omrani A, Alijanpoor M. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in females with infertility. Women's Health Bulletin. 2016; 3(4): 32344

248. Duran S, Öz CY. The Association Between Spirituality and Hope Among Turkish Women Undergoing Infertility Treatment. Journal of Religion and Health. 2022; 1-14.

249. Ranjbar F, Akhondi MM, Borimnejad L, Ghaffari SR, Behboodi Moghadam Z. Paradox of Modern Pregnancy: A Phenomenological Study of Women's Lived Experiences from Assisted Pregnancy. Journal of Pregnancy, 2015; 1–8

250. Keskin G. Doğal ya da Yardımcı Üreme Teknikleri İle Gebe Kalan Kadınların Trimesterlere Göre Psikososyal Sağlıkları [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2014.

251. Darwiche J, Milek A, Antonietti JP, Vial Y. Partner support during the prenatal testing period after assisted conception. Women and birth : journal of the Australian College of Midwives. 2019;32(2): 264-271.

252. García-Blanco A, Diago V, Hervás D, Ghosn F, Vento M, Cháfer-Pericás C. Anxiety and depressive symptoms, and stress biomarkers in pregnant women after in vitro fertilization: a prospective cohort study. Human reproduction. 2018;33(7):1237-1246.

253. Kayabaşı Ö. Yardımcı Üreme Teknikleri İle Gebe Kalan Kadınlarda Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2018.

254. Yoshimasu K, Sato A, Miyauchi N, et al. Lack of association between receiving ART treatment and parental psychological distress during pregnancy: Preliminary findings of the Japan Environment and Children's Study. Reproductive biomedicine & society online.2017;5:5-16.

255. McMahon CA, Boivin J, Gibson FL, et al. Age at first birth, mode of conception and psychological wellbeing in pregnancy: findings from the parental age and transition to parenthood Australia (PATPA) study. Human reproduction. 2011;26(6):1389-1398.

256. Chen CJ, Chen YC, Sung HC, Kuo PC, Wang CH. Perinatal attachment in naturally pregnant and infertility-treated pregnant women in Taiwan. 2011;67(10):2200-2208.

257. Udry-Jørgensen L, Darwiche J, Germond M, Wunder D, Vial Y. Anxiety, depression, and attachment before and after the first-trimester screening for Down syndrome: comparing couples who undergo ART with those who conceive spontaneously. Prenatal diagnosis. 2015;35(13):1287-1293.

258. Hjelmstedt A, Widström AM, Collins A. Psychological Correlates of Prenatal Attachment in Women Who Conceived After In Vitro Fertilization and Women Who Conceived Naturally. Birth. 2006; 33(4): 303-310.

259. Ranjbar F, Catja Warmelink Comma Comma J, Mousavi R, Gharacheh M. Maternal-Fetal Attachment and Anxiety in Pregnant Women Who Conceived Through Assisted Reproductive Technology: A Longitudinal Study. International Journal of Reproductive Biomedicine. 2022;19(12):1075-1084.

260. Pellerone M, Micciché S. Prenatal Attachment and Anxiety: Women Who Decide to Try in Vitro Fertilization and Women Who Procreate Naturally. Psychology Research. 2014; 4 (6): 419-427.

261. Ladores S, Aroian K. The Early Postpartum Experience of Previously İnfertile Mothers. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing. 2015; 44(3): 370-379.

262. FRY L W. Toward a theory of spiritual leadership. The Leadership Quarterly. 2003; 14(6): 693–727.

263. Pakzad M, Dolatian M, Jahangiri Y, Nasiri M, Dargah FA. The Correlation between Islamic Lifestyle and Pregnancy-Specific Stress: A Cross-Sectional, Correlational Study. Macedonian journal of medical sciences. 2018;6(6):1163-1167.

264. Casu G, Ulivi G, Zaia V. Spirituality, infertility-related stress, and quality of life in Brazilian infertile couples: Analysis using the actor-partner interdependence mediation model. Research in Nursing and Health. (2018); 41: 156–165.

265. Rezaei SM, Mahmood Mosavinezhad S, Ansari B. (2020). The role of spiritual experiences in feeling of failure and infertility stress among infertile women. Health, Spirituality and Medical Ethics. 2020; 7(4): 41–49.

266. Özdemir E. Doğal Yolla ve Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda Anne Bebek Bağlanması ve Postpartum Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2021.

8. EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli Katılımcı,

Ben Büşra ÇAP. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği'nde Yüksek Lisans yapmaktayım. Yapacak olduğumuz "Spontan veya Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyilik Halinin Prenatal Stres ve Bağlanma Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi" isimli çalışmamız, yardımcı üreme teknikleri ile veya spontan gebe kalan kadınların spiritüel iyilik halinin prenatal stres ve bağlanma düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve yeterli yanıtlar almaya hakkınız vardır. Bu araştırmaya katılıp katılma tamamen kendi seçiminizdir. Katılma yönündeki kararınız ile "Kişisel Bilgi Formu", "Tilburg Gebelikte Stres Ölçeği" "Spiritüel İyi Oluş Ölçeği" "Prenatal Bağlanma Envanteri" ni uygulayarak karşılaştırmalı-tanımlayıcı tipte bir araştırma yapılacaktır. Yukarıda bahsi geçen form ve ölçekleri değerlendirmeniz istenmektedir. Sizden en fazla 15 dakikanızı ayırarak form ve ölçekleri doldurmanız beklenmektedir. Bu araştırmanın yapılabilmesi için bulunduğunuz kurumdan izin alınmıştır. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Sizden para talep edilmeyecek ve size para ödenmeyecektir. Masraflar bağlı bulunduğunuz kuruma veya size ödetilmeyecektir. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve değerlendirilecektir. Çalışma verileri akademik yayınlarda ve raporlarda kullanılırken bu yayında kesinlikle isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek kesinlikle size ulaşılmayacaktır. Araştırmadan doğacak herhangi bir risk bulunmamakta olup olası riskler araştırmacının sorumluluğunda olacaktır. Bununla birlikte araştırma sonuçlarının sağlıklı olması açısından samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Ben _____ yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında bilgilendirme formu ile aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin çalışmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

- Gönüllünün Adı Soyadı: …….
Adresi: ……..……
İletişim Bilgileri: E-mail: …….Telefon numarası:
İmzası:……
Tarih (gün/ay/yıl):…../……../…….

- Araştırma Ekibi

Sorumlu Araştırıcının Adı-Soyadı: Dilek BİLGİÇ
Adresi:
Balçova/İzmir
İletişim Bilgileri: E-mail: Telefon numarası:
İmzası: ……...
Tarih (gün/ay/yıl): …../……../…….

Yardımcı Araştırmacının Adı-Soyadı: Büşra ÇAP
Adresi: l
İletişim Bilgileri: E-mail: Telefon numarası:
İmzası: ……...
Tarih (gün/ay/yıl): …../……../…….

Yardımcı Araştırmacının Adı-Soyadı: Halil Gürsoy PALA
Adresi:

İletişim Bilgileri: E-mail: Telefon numarası
İmzası: ……...
Tarih (gün/ay/yıl): …../……../…….

- Tanıklık Eden Kişi Adı-Soyadı:

Adresi:….....

İletişim Bilgileri: E-mail: ……. Telefon numarası: ……..

İmzası:……...

Tarih (gün/ay/yıl):…../……../…….

EK 2. YÜT İLE GEBE KALAN KADINLAR İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı: Bu araştırma; spontan veya yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik halinin, prenatal stres ve bağlanma ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Büşra ÇAP

Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Sorular

1. Kaç yaşındasınız? …….

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-Yazar b) İlköğretim –Ortaöğretim c) Lise d) Üniversite ve Üstü

3. Eşinizin eğitim durumu nedir?

a) Okur-Yazar b) İlköğretim –Ortaöğretim c) Lise d) Üniversite ve Üstü

4. Çalışma durumunuz nedir?

a) Çalışıyorum b) Çalışmıyorum

5. Eşinizin çalışma durumu nedir?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

6. Gelir durumunuz nedir?

a) Gelir giderden düşük b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla

7. Şu an yaşadığınız yer nedir?

a) İl b) İlçe c) Köy

8. Aile tipiniz nedir

a) Çekirdek Aile b) Geniş Aile c) Diğer

9. Sosyal Güvenceniz var mı?

a) Evet b) Hayır

10. Kaç yıldır evlisiniz (ay/yıl olarak belirtiniz)?.....

11. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

12. Alkol kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

13. Kronik bir hastalığınız var mı?

a) Evet ise yazınız…… b) Hayır

Obstetrik Özelliklere İlişkin Sorular

14. Kaç kez gebe (bu gebelikte dahil) kaldınız? ……..

15. Kaç kez doğum yaptınız? ……

16. Yaşayan çocuk sayınız kaçtır? .....

17. Daha önce gebelik kaybı yaşadınız mı?

a) Evet b) Hayır

18. Gebeliğinizin kaçıncı haftasındasınız?.....

19. **Gebeliğiniz …… a) Tekil Gebelik b) Çoğul Gebelik (İkiz, Üçüz)**

20. İnfertilite sebebiniz neydi?

a)Kadın faktörü

b) Erkek faktörü

c) Hem kadın hem erkek faktörü

d) Sebebi açıklanamayan infertilite

21. Ne kadar süredir bebek sahibi olmak istiyorsunuz? …….

22. Ne kadar süre infertilite tedavisi gördünüz? …….

23. Kaçıncı tedavi sonucu gebe kaldınız?..... **(Cevabınız ilk ise 25. Soruya geçiniz)**

24. Cevabınız iki ve fazlası ise daha önce kullanılan tedavi yöntemi neydi? (**Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

a) Hormon tedavisi

b) Aşılama

c) Tüplerin Operasyonu

d) Tüp bebek

e) Diğer…… (Yazınız)

25. Bu gebeliğinizde kullanılan infertilite tedavi yöntemi neydi? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

a) Hormon tedavisi

b) Aşılama

c) Tüplerin operasyonu

d) Tüp bebek

e) Diğer……..(Yazınız)

EK 3. SPONTAN GEBE KALAN KADINLAR İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı: Bu araştırma; spontan veya yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik halinin, prenatal stres ve bağlanma düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Büşra ÇAP

Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Sorular

1. Kaç yaşındasınız? …….

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-Yazar b) İlköğretim –Ortaöğretim c) Lise d) Üniversite ve Üstü

3. Eşinizin eğitim durumu nedir?

a) Okur-Yazar b) İlköğretim –Ortaöğreti c) Lise d) Üniversite ve Üstü

4. Çalışma durumunuz nedir?

a) Çalışıyorum b) Çalışmıyorum

5. Eşinizin çalışma durumu nedir?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

6. Gelir durumunuz nedir?

a) Gelir giderden düşük b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla

7. Şu an yaşadığınız yer nedir?

a) İl b) İlçe c) Köy

8. Aile tipiniz nedir

a) Çekirdek Aile b) Geniş Aile c) Diğer

9. Sosyal Güvenceniz var mı?

a) Evet b) Hayır

10. Kaç yıldır evlisiniz (ay/yıl olarak belirtiniz)?.....

11. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

12. Alkol kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

13. Kronik bir hastalığınız var mı?

a) Evet ise yazınız…… b) Hayır

Obstetrik Özelliklere İlişkin Sorular

14. Kaç kez gebe (bu gebelikte dahil) kaldınız? ……..

15. Kaç kez doğum yaptınız? ……

16. Yaşayan çocuk sayınız kaçtır? .....

17. Daha önce gebelik kaybı yaşadınız mı?

a) Evet b) Hayır

18. Gebeliğinizin kaçıncı haftasındasınız?.....

19. Gebeliğiniz …… a) Tekil Gebelik b) Çoğul Gebelik (İkiz, Üçüz)

20. Gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi ? a) Evet b) Hayır

EK 4. SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

Değerli Katılımcı: Bu araştırma; spontan veya yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik halinin, prenatal stres ve bağlanma düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Büşra ÇAP

	Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Numaraların anlamları: **(1) Bana Hiç Uygun Değil** **(2) Bana Uygun Değil** **(3) Bana Biraz Uygun** **(4) Bana Oldukça Uygun** **(5) Bana Tamamen Uygun** Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.	Bana hiç uygun **değil**	Bana uygun **değil**	Bana **biraz** uygun	Bana **oldukça** uygun	Bana **tamamen** uygun
1.	İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Hayatımda büyük bir boşluk var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Allah'ın beni sevdiğine ve önemsediğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Hayattan zevk almam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.	Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.	Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yarattıklarını düşünürüm (tefekkür ederim).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü arttırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	Doğayla uyum içinde yaşarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

23.	Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25.	Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26.	Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.	Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 5. TİLBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ

Değerli Katılımcı: Bu araştırma; spontan veya yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik halinin, prenatal stres ve bağlanma düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir. Aşağıda gebeliğiniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. **Son 7 gün** boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi **en iyi ifade eden** kutucuğu işaretleyin. Lütfen her bir soru için sadece bir cevap işaretleyin.

Katılımınız için teşekkür ederim.

BÜŞRA ÇAP

	İfadeler	**Çok sık**	**Oldukça sık**	**Ara sıra**	**Nadiren veya hiç**
1.	Gebeliğimden keyif alıyorum.	**0**	**1**	**2**	**3**
2.	Eşimle birlikte, gebelik sürecinden keyif aldığımızı hissediyorum.	**0**	**1**	**2**	**3**
3.	Gebelikle ilgili endişelerim var.	**0**	**1**	**2**	**3**
4.	Gebelik eşimle beni daha da yakınlaştırdı.	**0**	**1**	**2**	**3**
5.	Doğum eylemi ile ilgili endişelerim var.	**0**	**1**	**2**	**3**
6.	Bebeğimin sağlığı konusunda endişelerim var.	**0**	**1**	**2**	**3**
7.	Doğumdan sonra işimle ilgili sorunlar yaşayabileceğim konusunda endişelerim var.	**0**	**1**	**2**	**3**
8.	Eşim tarafından desteklendiğimi hissediyorum.	**0**	**1**	**2**	**3**
9.	Doğumdan sonraki dönemle ilgili ekonomik durumumuza yönelik endişelerim var.	**0**	**1**	**2**	**3**
10.	Doğum esnasında kontrolümü kaybedeceğimden korkuyorum.	**0**	**1**	**2**	**3**
11.	Doğum eylemi ile ilgili seçenekler (normal doğum, sezeryan, ağrısız doğum, evde doğum vb.) üzerinde sıklıkla düşünüyorum.	**0**	**1**	**2**	**3**
12.	Doğum eylemi beni korkutuyor.	**0**	**1**	**2**	**3**
13.	Doğum eylemi ile ilgili anlatılan hikayeler beni çok geriyor.	**0**	**1**	**2**	**3**
14.	Gebeliğin getirdiği fiziksel rahatsızlıkların doğumdan sonra da devam edebileceği endişesini yaşıyorum.	**0**	**1**	**2**	**3**
15.	Duygu ve düşüncelerimi eşimle gerçekten paylaşabiliyorum.	**0**	**1**	**2**	**3**
16.	Gebelikte çok fazla kilo alacağım diye endişeleniyorum.	**0**	**1**	**2**	**3**

EK 6. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

Değerli Katılımcı: Bu araştırma; spontan veya yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların spiritüel iyilik halinin, prenatal stres ve bağlanma düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir. Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. **Geçen ay süresince** bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun kelimenin yanındaki harfi yuvarlak içine alınız.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Büşra ÇAP

	Her zaman	**Sık sık**	**Bazen**	**Hiçbir zaman**
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.	a	b	c	d
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.	a	b	c	d
3. Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.	a	b	c	d
4.Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.	a	b	c	d
5.Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.	a	b	c	d
6.Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.	a	b	c	d
7.Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.	a	b	c	d
8.Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşırım.	a	b	c	d
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d
10. Bebeğimin ne zaman uyuduğunu bilirim.	a	b	c	d
11.Bebeğimi hareket ettirebilirim.	a	b	c	d
12. Bebeğim için bir şeyler satın alır ya da yaparım.	a	b	c	d
13. Bebeğimi sevdiğimi hissederim.	a	b	c	d
14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.	a	b	c	d

15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.	a	b	c	d
16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.	a	b	c	d
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.	a	b	c	d
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.	a	b	c	d
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşırım.	a	b	c	d
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.	a	b	c	d
21.Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.	a	b	c	d

EK 7. SPİRİTÜEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Gmail BÜŞRA ÇAP

"Spiritüel İyi Oluş Ölçeği"
2 ileti

BÜŞRA ÇAP 13 Eylül 2021 14:33
Alıcı:

Saygıdeğer Hocam,
Merhaba ben Dokuz Eylül Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Büşra ÇAP. Danışmanım Doc.Dr. Dilek Bilgiç ile planlamış olduğumuz tez çalışmamız için geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Spiritüel İyi Oluş Ölçeği" ni kullanma izninizi rica ediyorum.
İlginiz için
Saygılarım

Selami Kardaş 14 Eylül 2021 01:02
Alıcı: BÜŞRA ÇA

Merhabalar,

Estağfurullah, ölçeği elbette kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili tüm bilgiler şu linkte:
İcegi

Ölçeğin kendisi de (Türkçe) burada yüklü makalenin ek kısmında, oradan alıp kullanabilirsiniz.
Araştırmanızın sonuçlarından haberdar ederseniz memnun olurum, çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

BÜŞRA ÇAP 13 Eyl 2021 Pzt, 14:33 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

S. Kardaş

EK 8. TİLBURG GEBELİKTE DİSTRES ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



20.09.2021 23:40 Gmail - Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kullanım İzni

Gmail BÜŞRA ÇAP

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği Kullanım İzni
2 ileti

BÜŞRA ÇAP 13 Eylül 2021 15:43
Alıcı:

Saygıdeğer Hocam,
Merhaba ben Dokuz Eylül Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Büşra ÇAP. Danışmanım Doc.Dr. Dilek Bilgiç ile planlamış olduğumuz tez çalışmamız için geçerlilik güveniliklik çalışmasını yapmış olduğunuz "Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği" ni kullanma izninizi rica ediyorum.
İlginiz için şimdiden çok teşekkür ediyorum, iyi çalışmalar.
Saygılarımla...

14 Eylül 2021 10:57
Alıcı: BUŞRA ÇAP

Sevgili Büşra,
Ölçeği atıfta bulunarak kullanabilirsin. Tezinde başarılar diliyorum.
Sevgilerimle.

Doç. Dr. Ayla KANBUR
Atatürk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü

EK 9. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ KULLANIM İZNİ

Gmail BÜŞRA ÇAP

Fwd: 2013 yılı Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisindeki " Prenatal Bağlanma Envanterinin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması"adlı araştırma makaleniz ile ilgili

1 mesaj

Sema Yilmaz 14 Eylül 2021 09:05
Alıcı:

Sayın Çap,
"Prenatal Bağlanma Envanteri"ni çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ölçeğe ilişkin yapmış olduğumuz çalışma ve bilgiler ekte sunulmuştur.
Selamlar....

–
Sema Dereli YILMAZ, PhD
Selcuk University
Health Sciences Faculty
Department of Midwifery

EK 10 . ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI HASTANE İZNİ

21/09/2021

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Başhekimliği'ne

DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü "Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği" Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra ÇAP'ın "Spontan veya Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyilik Halinin Prenatal Stres ve Bağlanma Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi" isimli Yüksek Lisans çalışmasının verilerinin Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji kliniğinde toplanması hususunda gerekli kurum iznin alınabilmesi için gereğinin yapılmasını arz ederiz.
Saygılarımla.

Sorumlu Araştırmacı
Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ

Yardımcı Araştırmacı
Doç. Dr. Halil Gürsoy PALA

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD.
İzmir

Ek-1: Araştırma Özeti

Ek-2: Araştırma Veri Toplama Formları

EK 11 . ETİK KURUL İZNİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Dilek Bilgiç

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**goaek@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	6659-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Spontan veya Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyilik Halinin Prenatal Stres ve Bağlanma Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Dilek Bilgiç Hemşirelik Fakültesi	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ☒

	Belge Adı	**Tarihi**	**Versiyon Numarası**	**Dili**
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2021/31-20**	**Tarih:03.11.2021**
	Doç.Dr. Dilek Bilgiç'in sorumlusu olduğu **"Spontan veya Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınların Spiritüel İyilik Halinin Prenatal Stres ve Bağlanma Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?	
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Prevantif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒

EK 12 . ÖZGEÇMİŞ



BÜŞRA ÇAP

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

06 Ağustos 2015 - 08 Ekim 2019 (4 yıl 3 ay)
Lisans, İkinci Öğretim, SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR. (İÖ)
Diploma Numarası: 46852606984
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.08 / 4.0

01 Haziran 2011 - 01 Haziran 2015 (4 yıl 1 ay)
MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜKLERİ VE OKULLAR MUĞLA İLİNDEKİ OKULLAR MARMARİS İLÇESİNDEKİ OKULLAR MARMARİS NURETTİN GENÇALİOĞLU ANADOLU LİSESİ, TÜRKİYE
Diploma Numarası: 573
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.32 / 100.0

Yabancı Dil Bilgileri

ENGLISH (Okuma: Intermediate, Yazma: Intermediate, Konuşma: Intermediate)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0